

*Al Signor Sindaco del Comune di  
(Ufficio elettorale)*

.....  
**CONSULTAZIONI DEL .....**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... , il ...../...../....., residente in questo Comune, in Via ..... n. ...., tessera elettorale n. .... sezione n. ....

**DICHIARA**

di voler esercitare il proprio diritto di voto per le consultazioni del ..... , nell'abitazione in cui dimora sita in questo Comune, Via ..... , n. ...., presso ..... .

Il recapito telefonico per ogni eventuale comunicazione è il seguente .....

A tal fine allega:

1°) Copia di un documento d'identità;

2°) Copia della tessera elettorale;

3°) Certificato rilasciato dal funzionario medico designato dall'A.U.S.L. di ..... da cui il/la sottoscritto/a risulta:

- affetto/a da gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile.
- in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora.

Dichiaro di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

*Data ...../...../.....*

**Il/La dichiarante**

.....

\_\_\_\_\_