

**Al Sindaco
del Comune di ALESSANDRIA
Servizio Elettorale**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a.....il.....

residente in.....via.....n.....

in qualità di di

nato/a a il

residente invian.....

CHIEDE

che il proprio congiunto:

affetto da gravissima infermità;

OVVERO

dipendente in modo continuativo e vitale da apparecchiature elettromedicali;

possa votare presso il domicilio ai sensi del D.L. 1/2006, convertito dalla L. 22/2006, da ultimo modificato con L.46/2009, in occasione delle prossime consultazioni elettorali indette per domenica 26 maggio 2019 per:

L'ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DELL'ITALIA AL PARLAMENTO EUROPEO

L'ELEZIONE DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA E DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA REGIONE PIEMONTE

A tal fine

DICHIARA

- che il medesimo é elettore del Comune di _____;

- l'abitazione in cui dimora si trova al seguente indirizzo:

VIA/PIAZZA.....N.

CIVICO..... ALESSANDRIA (AL)

Allega alla presente la seguente documentazione:

certificato medico, di data non anteriore all'11 aprile 2019, attestante l'esistenza di condizioni di gravissima infermità fisica, con prognosi di almeno 60 giorni (decorrenti dalla data del rilascio del certificato), rilasciato da funzionario medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale il.....

OVVERO

certificato medico, di data non anteriore all'11 aprile 2019, attestante l'esistenza di un'infermità fisica che comporta dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, rilasciato da funzionario medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale il.....

- copia della tessera elettorale personale del proprio congiunto,

- copia del documento di identità del proprio congiunto.

Si riporta altresì il recapito telefonico per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare: _____

Alessandria,.....

Il dichiarante

Si allega copia del documento di identità del dichiarante.