

REFERENDUM POPOLARE ABROGATIVO DEL 17 APRILE 2016

DOMANDA DI VOTO A DOMICILIO*

**Al sig. Sindaco del
Comune di TADASUNI**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente nel Comune di TADASUNI in via _____
 recapito telefonico _____
affetto/a (scegliere la voce che interessa):

- da grave infermità e che si trova in condizione di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tale da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora;
- da gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulti impossibile, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'art. 29 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

DICHIARA

la volontà di esprimere il voto per il Referendum popolare abrogativo del 17 aprile 2016, presso l'abitazione sita in via _____ del Comune di TADASUNI.

Allo scopo allega:

1. copia della tessera elettorale;
2. copia della certificazione sanitaria rilasciata da un funzionario medico designato dai competenti organi dell'Azienda sanitaria locale;
3. copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Si rimane in attesa di ricevere la prescritta attestazione che dà diritto all'esercizio di voto a domicilio.

TADASUNI, _____

_____ (firma)

* Art. 1 del decreto legge 3 gennaio 2006, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 gennaio 2006, n. 22, come modificato dalla legge 7 maggio 2006