

COMUNE DI VESTENANOVA - VR
Ufficio Elettorale

Oggetto: richiesta di VOTO ASSISTITO.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a VESTENANOVA in Via _____ n. _____

telefono _____, iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di Vestenanova, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sulla responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA di voler esprimere permanentemente il diritto al voto assistito a norma dell'art.55 del T.U. 30 marzo 1957, n.361 successivamente modificato con L. 5 febbraio 2003, n.17 in quanto affetto da grave infermità fisica che impedisce di esercitare materialmente ed autonomamente il diritto di voto

A tal fine allega alla presente:

☐ Certificazione sanitaria rilasciata dal funzionario medico designato dai competenti organi;

☐ Libretto nominativo di pensione di invalidità civile rilasciato dall'Inps (nel caso di elettore non vedente)

☐ Copia del documento d'identità in corso di validità.

CHIEDE pertanto che sulla propria tessera elettorale venga apposto il timbro abilitante permanentemente ad esprimere il proprio voto, assistito da un accompagnatore di fiducia ed a tal fine esibisce la propria tessera elettorale n. _____

Nel caso di impossibilità da parte del sottoscritto, **DELEGA** alla consegna della presente richiesta ed al ritiro della tessera elettorale con il relativo timbro

Il Sig./La Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

del quale allega copia di un documento d'identità in corso di validità

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali raccolti saranno oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per le finalità legate alla gestione della richiesta presentata dall'interessato e delle attività amministrative correlate. I dati saranno trattati nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 e del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Vestenanova il, _____

Il/La Richiedente
