

Al Comune di Triggiano

RICHIESTA AMMISSIONE AL VOTO DOMICILIARE

COMPILARE IN STAMPATELLO – con gli asterischi sono indicati i campi obbligatori

Il/la sottoscritto/a * _____

(COGNOME - NOME)

nato/a a * _____ (____) il * ____/____/____

residente in * _____ (____)

alla * _____ n. _____

(INDIRIZZO – via, piazza, trav., ecc.)

recapito telefonico ⁽¹⁾ _____

e-mail / PEC ⁽¹⁾ _____

essendo affetto/a da gravissima infermità,

CHIEDE

di essere ammesso/a all'espressione del voto presso il proprio domicilio per la consultazione elettorale dei giorni 8 e 9 giugno 2024.

Allega alla presente domanda:

- 1) documentazione sanitaria rilasciata in data non anteriore al giorno 25 aprile 2024 dal funzionario medico designato dai competenti organi della A.S.L., che attesta i requisiti necessari per l'ammissione ad esercitare il diritto di voto domiciliare;
- 2) fotocopia della tessera elettorale.

Triggiano, lì * ____/____/____

* _____

(FIRMA)

In riferimento ai dati sopra riportati, si invita a consultare l'informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 sulla protezione dei dati personali.

⁽¹⁾ Il dato non è obbligatorio ai fini del procedimento, e potrà essere utilizzato per la comunicazione dell'orario di raccolta del voto dell'interessato e/o nell'eventualità fosse necessario contattare l'interessato in relazione alla presente istanza.