

**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 <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

e-mail / PEC <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
<sup>(1)</sup> 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.