

**Al Sig. Sindaco del Comune di
VARISELLA**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente in Varisella
Via/Strada/Piazza/Borgata _____ n. _____

**Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del
D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci**

CHIEDE

In applicazione della Legge n. 46 del 7 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di
elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, **per le seguenti consultazioni elettorali**

_____ **di esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimora** e precisamente al seguente indirizzo:

Via/Strada/Piazza/Borgata _____ n. _____

Comune di Varisella Provincia di Torino

numero telefonico _____ (per concordare le modalità di raccolta del
voto domiciliare)

Dichiara di essere elettore del Comune di Varisella.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. certificato sanitario rilasciato da funzionario medico designato dall'ASL competente
attestante la sussistenza delle condizioni di infermità di cui al comma 1, dell'art. 1 della
Legge n. 46/2009, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data di rilascio del
certificato, ovvero delle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature
elettromedicali
rilasciato il _____ da _____
2. copia della tessera elettorale
3. copia del documento di identità in corso di validità.

Varisella, lì

Il Richiedente
