

Al Signor Sindaco del Comune di
(Ufficio elettorale) di Osio Sopra

CONSULTAZIONI EUROPEE E COMUNALI DELL'8-9 GIUGNO 2024

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, residente in questo Comune, in Via _____ n. _____, telefono _____

ESSENDO AFFETTO/A DA:

- gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi di trasporto messi a disposizione dal Comune per agevolare il raggiungimento del seggio da parte dei disabili;
- grave infermità che si trovi in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione.

DICHIARA

di voler esercitare il proprio diritto di voto per le consultazioni dell'**8-9 GIUGNO 2024** nell'abitazione in cui dimora sita in questo Comune, via _____, n. _____.

A tal fine allega:

- 1) Copia fronte e retro del proprio documento d'identità in corso di validità;
- 2) Copia della propria tessera elettorale;
- 3) Certificato rilasciato dal funzionario medico designato da Azienda Sanitaria Locale (A.T.S O A.S.S.T) attestante:
 - l'esistenza delle condizioni di infermità di cui al comma 1 dell'art. 1 della legge 46/2009 con prognosi di 60 giorni decorrenti dalla data del rilascio oppure
 - la condizione di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Data _____

Il/La dichiarante
