

**Al Sindaco  
del Comune di Quarto (NA)  
Ufficio Elettorale**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a Quarto (NA) in via ..... 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:**

**C H I E D E**

in applicazione della legge n. 46 del 7 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intransportabili affetti da gravissime infermità, per le seguenti consultazioni elettorali:

Elezioni del 20 e 21 settembre 2020,

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

VIA ..... N. CIVICO .....

COMUNE DI QUARTO PROV. NAPOLI - numero di telefono (per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare): .....

Dichiara di essere elettore del Comune di Quarto (NA)

Allega alla presente la seguente documentazione:

certificato sanitario rilasciato da funzionario medico designato dalla A. S. L. 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 .....

copia della tessera elettorale

copia del documento di identità in corso di validità

Quarto li, .....

Il Richiedente.....

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003: tutti i dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la partecipazione alla procedura stessa e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dare corso al procedimento.