



Al Signor SINDACO
del Comune di Rivolta d'Adda

L'elettore/elettrice _____

nat __ a _____ il _____

intende avvalersi del voto domiciliare previsto dalla Legge 27 gennaio 2006, n. 22 e successive modificazioni (Legge 07 maggio 2009, n. 46) in occasione di:

chiede di esprimere il voto al seguente indirizzo:

Allega alla presente:

- certificato medico attestante l'esistenza di infermità fisica che comporta dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali;

oppure

- certificato medico attestante l'esistenza di gravissime infermità che rendono il paziente intrasportabile;
- copia della tessera elettorale.

Indica numero telefonico per concordare con il Presidente di seggio le modalità di raccolta del voto:

Addì, _____

L'impiegato addetto

Il / La Dichiarante

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati unicamente a tale scopo. La sottoscrizione del presente modulo vale come consenso al trattamento dei dati, per le finalità indicate.