

Il/la sottoscritto/a..... M  F   
(SESSO)

nato/a a.....(Prov. / Stato ..... ) 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 delle Elezioni Amministrative di  
domenica 11 giugno 2017.

**CHIEDE**

di esprimere il voto al seguente indirizzo: Via ..... n° .....

Allega :

- Copia della tessera elettorale;
- 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;

Si riportano ulteriori dati di contatto per concordare le modalità di raccolta di voto domiciliare:

**Compili gli spazi per ricevere eventuali informazioni relative alla sua pratica**

 Telefono .....  Cellulare.....

 E-mail .....

 PEC .....

Monte Sant'Angelo, li .....

.....  
(firma del richiedente)

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI –Nota informativa per la privacy ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003**

 Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), si informa che 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, ai sensi del D. Lgs. 196/2003.