



Amministrazione destinataria  
 Comune di Ponte Lambro  
 Ufficio destinatario  
 Servizi Demografici e  
 Dematerializzazione

## Domanda di voto a domicilio

*Ai sensi del Decreto Legge 03/01/2006, n. 1*

### Il sottoscritto

|                    |                |                             |                  |  |                               |         |         |       |       |                          |     |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|--|-------------------------------|---------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome            |                | Nome                        |                  |  | Codice Fiscale                |         |         |       |       |                          |     |
| Data di nascita    |                | Sesso                       | Luogo di nascita |  | Cittadinanza                  |         |         |       |       |                          |     |
| Residenza          |                | Indirizzo                   |                  |  | Civico                        | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
| Provincia          | Comune         |                             |                  |  |                               |         |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |                  |  | Posta elettronica certificata |         |         |       |       |                          |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

la possibilità di votare al proprio domicilio

- per sé stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

|  |  |       |                  |  |                |  |  |  |  |  |  |
|--|--|-------|------------------|--|----------------|--|--|--|--|--|--|
| Cognome  |  | Nome  |                  |  | Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |
| Data di nascita  |  | Sesso | Luogo di nascita |  | Cittadinanza   |  |  |  |  |  |  |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) |  |       |                  |  |                |  |  |  |  |  |  |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di dover votare al proprio domicilio sotto indicato

#### in quanto impossibilitato a venire in Comune e residente in

| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | Interno              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

#### oppure ricoverato presso

| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | Interno              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

| Reparto              | Piano                | Stanza               | Numero letto         |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del certificato medico rilasciato da medici designati dall'autorità sanitaria competente che non siano candidati a parenti entro il 4° grado di candidati
- copia della tessera elettorale
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ponte Lambro

Luogo

Data

il dichiarante