


| | | |
|---|---|--|
|  | Amministrazione destinataria Comune di Cabras Ufficio destinatario Area 1. Servizi demografici e alla cittadinanza | |
|---|---|--|

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 | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

la possibilità di votare al proprio domicilio

| <input type="radio"/> | per se stesso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------|--|----------------|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|-----------------|------------------|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> | per il seguente familiare o tutelato | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Cognome</th> <th colspan="2">Nome</th> <th colspan="2">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th>Data di nascita</th> <th colspan="2">Luogo di nascita</th> <th colspan="2">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="6">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> </tr> </tbody> </table> | | Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | | | | Sesso | Data di nascita | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | | | | In qualità di (*) | | | | | | | | | | | |
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sesso | Data di nascita | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| In qualità di (*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

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 recarsi al seggio elettorale e domiciliato in | | | | | | | | | | | |
|---|--------|--|-----------|--|--|--------|---------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

| in quanto ricoverato presso | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------|--|-----------|--|--------|--------|---------|--------------|---------|--------------------------|-----|
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Reparto | | | Piano | | Stanza | | | Numero letto | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del certificato medico rilasciato da medici designati dall'autorità sanitaria competente che non siano candidati a parenti entro il 4° grado di candidati |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia della tessera elettorale |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

| | | |
|--------|------|----------------|
| Cabras | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |