

Posta elettronica: [i.spitaleri@comunecalascibetta.gov.it](mailto:i.spitaleri@comunecalascibetta.gov.it)

**DICHIARAZIONE DI ELETTORE ATTESTANTE LA VOLONTA' DI ESERCITARE IL DIRITTO  
DI VOTO NELL'ABITAZIONE IN CU DIMORA.**

**VOTAZIONE DI DOMENICA 4 MARZO 2018**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a .....

residente a Calascibetta in..... 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:**

**CHIEDE**

in applicazione della legge n. 46 del 7 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori  
intrasportabili affetti da gravissime infermità, per le seguenti consultazioni elettorali  
di esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimora e precisamente al seguente indirizzo:

VIA/PIAZZA.....N CIVICO.....

COMUNE DI .....PROV.....

NUMERO TELEFONICO (per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare):

.....

Dichiara di essere elettore del Comune di Calascibetta

Allega alla presente la seguente documentazione:

- certificato sanitario rilasciato da funzionario medico designato dalla A.S.P. 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 .....

1) copia della tessera elettorale

2) copia del documento di identità in corso di validità

Calascibetta, \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_