

**Amministrazione destinataria**

Comune di Stignano

**Ufficio destinatario**

Ufficio Elettorale

**Richiesta di annotazione del diritto di voto assistito sulla tessera elettorale***Ai sensi della Legge 05/02/2003, n. 17***Il sottoscritto**

|                    |                |                             |                  |        |                               |         |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|--------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome                        |                  |        | Codice Fiscale                |         |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso                       | Luogo di nascita |        | Cittadinanza                  |         |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune                      | Indirizzo        | Civico | Barrato                       | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| 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**

che venga annotato sulla propria tessera elettorale l'apposito timbro che consente, in via permanente, l'esercizio del diritto di voto con l'assistenza di persona di fiducia, in quanto affetto da grave infermità che non consente l'autonoma espressione del voto.

**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 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.

Stignano

Luogo

Data

il dichiarante