

RICHIESTA DEL DIRITTO AL VOTO ASSISTITO

Al Comune di
San Roberto

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

1. in occasione delle consultazioni elettorali, non potendo esprimere in modo autonomo il proprio voto ed avendo, pertanto, la necessità di essere assistito/a da una persona di fiducia in cabina elettorale;
2. in applicazione della Legge 5/2/2003, n. 17 “Nuove norme per l’esercizio del diritto di voto da parte di elettori affetti da gravi infermità”

C H I E D E

che sulla tessera elettorale personale venga apposta l’annotazione permanente del diritto al voto assistito.

A tale fine allega:

- in busta chiusa, idonea documentazione sanitaria che attesti l’impossibilità ad esercitare in modo autonomo il diritto di voto.

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/03.

San Roberto, li

firma _____