|  |  |
| --- | --- |
|  | **Al Sindaco del Comune di**  **Santo Stefano Quisquina** |
|  | **All’ Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**  **Distretto Sanitario di**  **Bivona** |
| **RICHIESTA VOTO A DOMICILIO** | |

Il\La sottoscritto\a …............................................................................................................................

nato\a a ….................................................................................................il …....................................

residente a ………………………… in via .........................................................................n. …...........

tel./cell.\* …............................................ e-mail .................................................................................

\*(per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare)

**iscritto nelle liste elettorali del Comune di Santo Stefano Quisquina, 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, di poter esercitare il proprio diritto di voto nell' abitazione in cui dimora, sita nel Comune di Santo Stefano Quisquina in via ............................................................................................... n..….........scala.............interno............

per le seguenti consultazioni elettorali\referendarie **Referendum costituzionale confermativo del 20 e 21 settembre 2020 convocato ai sensi dell’ art. 138 co. 2 della Costituzione.**

Si allegano:

1. Copia di documento di identità in corso di validità;
2. Copia della tessera elettorale;
3. Certificato medico, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale, in data non anteriore al 45° giorno antecedente alla votazione, attestante l’ esistenza delle condizioni di infermità di cui al comma 1 dell’ art. 1 legge n. 46/2009, con prognosi di almeno sessanta giorni decorrenti dalla data di rilascio del certificato, ovvero delle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Il\La richiedente |
|  | …................................................... |

Modalità di invio o presentazione della domanda (art. 38 D.P.R. 445/2000):

1. via fax al numero 0922.982510;
2. a mezzo posta;
3. tramite persona incaricata;
4. con strumenti telematici, tramite posta elettronica,

al seguente indirizzo mail: [servizi-demografici@comune.santostefanoquisquina.ag.it](mailto:servizi-demografici@comune.santostefanoquisquina.ag.it) (sottoscritta con firma autografa e scannerizzata)

o al seguente indirizzo pec: protocollo@pec.comune.santostefanoquisquina.ag.it, (sottoscritta mediante firma digitale).

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 tutti i dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la partecipazione alla procedura stessa e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dare corso al procedimento.