

**ISTANZA PER VOTO DOMICILIARE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Castelnuovo Berardenga in \_\_\_\_\_

**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:**

**C H I E D E**

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):  
\_\_\_\_\_

- Dichiaro di essere elettore del Comune di Castelnuovo Berardenga
- Allega alla presente la seguente documentazione:
  - certificato sanitario rilasciato da funzionario medico designato dalla A.S.L. 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 da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
  - copia della tessera elettorale
  - copia del documento di identità in corso di validità

Castelnuovo Berardenga, \_\_\_\_\_

Il Richiedente