AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI LUCO DEI MARSI

UFFICIO ELETTORALE

Viale Duca degli Abruzzi snc – Luco dei Marsi

|  |
| --- |
| **RICHIESTA VOTO A DOMICILIO (1)** |

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

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

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

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

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

**iscritto nelle liste elettorali del Comune di Luco dei Marsi, 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, essendo affetto/a:**

**□ da gravissima infermità, tale che l’allontanamento dall’abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l’ausilio dei servizi organizzati dal Comune di Luco dei Marsi per gli elettori disabili;**

**ovvero**

**□ da grave infermità tale da impedire l’allontanamento dall’abitazione in cui dimora a causa della dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali.**

**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\referendarie

….........................................................................................................................................................................

di voler esercitare il proprio diritto di voto nell'abitazione in cui dimora, sita in:

Via............................................................................................................n°..........scala.............interno...........

*Si allegano:*

1. *Copia della tessera elettorale;*
2. *Copia di documento di identità in corso di validità;*
3. **□ certificato medico ASL attestante l’esistenza delle condizioni di infermità di cui al comma 1 dell’art. 1 della Legge n° 46/2009, con prognosi di 60 giorni decorrenti dalla data del rilascio (2);**

**□ certificato medico ASL attestante la condizione di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali (2).**

**IL/La Richiedente**

**……………………………….**

Modalità di invio o presentazione della domanda – D.P.R. 445/2000 - art. 38

* mezzo posta o tramite familiare incaricato all’ufficio protocollo sito in Viale Duca degli Abruzzi snc;
* con strumenti telematici, sottoscritta con firma autografa ed allegato documento di identità valido e scannerizzata, o con posta elettronica certificata sottoscritta mediante firma digitale all'indirizzo: info@pec.comune.lucodeimarsi.aq.it,