**All’Ufficio Elettorale**

**del Comune di CAFASSE**

**OGGETTO: Domanda di ammissione al voto domiciliare da parte di elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l’allontanamento dall’abitazione.**

(L. 27 gennaio 2006, n. 22 – Art. 1 e successive modifiche apportate dalla L. 7 maggio 2009, n. 46.)

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………………………………………………..,

nato/a …………………………………………………………………………………….. il ……………………………………………………………,

residente in Cafasse - Via …………………………………………………………………………………………………………………………,

nr. Telefono …………………………………………………………………….,

titolare della tessera elettorale n. ……………………………………………….. rilasciata in data …………………………..

a norma di quanto citato in oggetto

**CHIEDE**

di poter esercitare il diritto di voto presso la propria abitazione in quanto affetto da:

* infermità fisica che comporta la dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tali da impedire il raggiungimento del proprio seggio elettorale;
* gravissime infermità tali che l’allontanamento dall’abitazione in cui dimorano risulti impossibile anche con l’ausilio dei servizi previsti dall’art. 29 della Legge n. 104/1992

A tale scopo allega la seguente documentazione:

* fotocopia della tessera elettorale;
* Certificato medico rilasciato dalla competente A.S.L.

CAFASSE, …………………………….

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_