

**AL COMUNE DI  
AVELLINO  
Ufficio Elettorale  
SEDE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente ad Avellino in \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**In applicazione della Legge n.46 del 07 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per le seguenti elezioni:**

\_\_\_\_\_

a nome di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente ad Avellino \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, recapito telefonico

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

elettore del Comune di Avellino, affetto da una patologia che dà diritto al voto domiciliare, che lo stesso possa esprimere il proprio voto presso l'abitazione in cui risiede.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Si allega alla presente:

1. Certificazione sanitaria rilasciata dal funzionario medico designato dagli organi dell'ASL, attestante la sussistenza, in capo all'elettore delle condizioni di infermità di cui al comma 1, dell'art.1 della legge 46/2009;
2. copia delle tessere elettorali e dei documenti di riconoscimento delle persone sopra indicate.

Avellino, \_\_\_\_\_

Il /La Richiedente

\_\_\_\_\_