

Al Sindaco del Comune di Garbagnate Milanese

Ufficio Elettorale

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Garbagnate Milanese in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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 Garbagnate Milanese

- 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 il da

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- copia della tessera elettorale
- copia del documento di identità in corso di validità

Garbagnate Milanese, li

Il Richiedente