

**ELEZIONI EUROPEE DEL 26 MAGGIO 2019**  
**DOMANDA DI AMMISSIONE AL VOTO DOMICILIARE**

(art.1 decreto legge n. 1/2006 convertito dalla legge n. 22/2006, come modificato da Legge n. 46/2009)

Al Sig. Sindaco  
del Comune di AREZZO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono n. \_\_\_\_\_ essendo affetto/a  
da:

gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimoro risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi organizzati dal Comune per gli elettori disabili;

ovvero

da grave infermità tale da impedire l'allontanamento dall'abitazione in cui dimoro a causa della dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali

**DICHIARO**

la volontà di esprimere il voto per la consultazione elettorale in oggetto, presso:

la propria residenza, all'indirizzo sopraindicato;

il proprio attuale domicilio sito in via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Allo scopo allego:

copia fotostatica della tessera elettorale;

un certificato rilasciato dal funzionario medico designato dalla competente ASL da cui risulti l'accertata condizione determinante il requisito per l'esercizio del voto domiciliare.

Resto in attesa di ricevere la prescritta attestazione del diritto di esercizio del voto a domicilio.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma (allegare copia documento di identità)**

1. La domanda va presentata al Sindaco del Comune nelle cui liste elettorali si è iscritti, entro il termine di **lunedì 6 maggio** e comunque, anche successivamente, compatibilmente con le esigenze organizzative del Comune;
2. Il certificato **non deve essere rilasciato** in data anteriore all' **11 aprile 2019**.

## COMUNE DI AREZZO

Si attesta che la presente richiesta è stata fatta in mia presenza:

dall'interessato/a \_\_\_\_\_

*oppure*

dall'incaricato/a \_\_\_\_\_

identificato a mezzo di \_\_\_\_\_

in quanto il richiedente non è in grado di sottoscrivere la richiesta a causa di grave invalidità o infermità.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma**