

Il/la sottoscritto/a

nato/aa il

residente in via n.

in qualità di del Sig./Sig.ra

nato/a a il

residente in via n.

e-mail telefono

CHIEDE

che il proprio congiunto:

affetto da gravissima infermità;

OVVERO

dipendente in modo continuativo e vitale da apparecchiature elettromedicali;

possa votare presso il domicilio in occasione delle prossime elezioni regionali dei giorni 12 e 13 ottobre 2025.

DICHIARA

- che il medesimo è elettore del comune di ;

- l'abitazione in cui dimora si trova al seguente indirizzo;

VIA/PIAZZA N. CIVICO

A tal fine allega alla presente la seguente documentazione:

certificato medico, attestante l'esistenza di condizioni di gravissima infermità fisica, con prognosi di almeno 60 giorni (decorrenti dalla data del rilascio del certificato), rilasciato da funzionario medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale;

certificato medico, attestante l'esistenza di un'infermità fisica che comporta dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali rilasciato da funzionario medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale;

- copia della tessera elettorale personale del proprio congiunto;

- copia del documento di identità del proprio congiunto.

Si riporta altresì il recapito telefonico per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare:

Camaione,

Il dichiarante

.....

Si allega copia del documento di identità del dichiarante.