



Comune di Medicina
SERVIZI AL CITTADINO - SERVIZI DEMOGRAFICI E SERVIZI DI STATISTICA

Anagrafe	Tel. 051 6979256	Fax. 051 6979255	anagrafe@comune.medicina.bo.it
Elettorale	Tel. 051 6979288	Fax. 051 6979255	elettorale@comune.medicina.bo.it
Statistica - Censimento	Tel. 051 6979289	Fax. 051 6979255	statistica@comune.medicina.bo.it
Stato civile - Leva	Tel. 051 6979237	Fax. 051 6979255	stato civile@comune.medicina.bo.it

Comune di Medicina - Via Libertà 103 - 40059 Medicina (BO) Partita I.V.A. 00508891207 - Cod. Fisc.00421580374
www.comune.medicina.bo.it - PEC: comune.medicina@cert.provincia.bo.it

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI MEDICINA
c.a. UFFICIO ELETTORALE**

ISTANZA PER LA RICHIESTA DI ANNOTAZIONE DEL DIRITTO DI VOTO ASSISTITO

- presentata da persona che può firmare
- presentata da persona che non sa o non può firmare (Art.4 comma 1° e art.46 del D.P.R. n.445/2000)
- resa da un terzo nell'interesse di persona momentaneamente impedita (art.4 comma 2° e art.46 del D.P.R. n.445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a MEDICINA (BO) Via _____
C.F. _____ - Tessera Elettorale n. _____ Sezione n. _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R.445/2000 per il caso di
dichiarazioni mendaci, e trovandosi nell'impossibilità di esercitare autonomamente il diritto di
voto,

CHIEDE

in applicazione dell'art.1, comma 2° della Legge 5 febbraio 2003, n.17, che venga apposto sulla
propria Tessera Elettorale il Simbolo attestante il diritto ad esprimere il VOTO ASSISTITO DA
UN ACCOMPAGNATORE di fiducia (che sia fra gli elettori di un qualsiasi Comune).
Si allega alla presente istanza la documentazione sanitaria.

MEDICINA _____

Firma del dichiarante che può firmare

N.B.: allegare fotocopia di un documento d'identità

**Nel caso di persona che non sa o non può firmare e nel caso di istanza resa
nell'interesse di persona impedita:**

Attesto, ai sensi dell'art.4 D.P.R. 445/2000 che la dichiarazione sopra riportata e' stata resa
davanti a me da _____
identificato mediante _____
il quale mi dichiara:

- di non poter firmare a causa di impedimento
- di essere (indicare parentela) _____

Firma del dichiarante l'istanza: _____

Firma del ricevente l'istanza: _____

Informativa ai sensi per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.