

Al Signor Sindaco
del Comune di Medicina
Ufficio Elettorale

**Richiesta di cancellazione dall'Albo dei cittadini idonei
all'Ufficio di Scrutatore di seggio**
(Art.5, comma 3 Legge 8/3/1989, n.95)

Il/la (cognome/nome)
Nato/a il a
C.F. residente nel Comune di Medicina in
Via/Piazza n.
Telefono fisso/cellulare:
email:
Iscritto/a nell'Albo degli Scrutatori di seggio

C h i e d e

ai sensi dell'art.5, comma 3, della Legge n.95/1989, di essere **CANCELLATO** dall'Albo degli scrutatori di Seggio per i seguenti gravi, giustificati e comprovati motivi:

A sostegno dell'istanza si allegano i seguenti documenti :

Medicina, Firma del dichiarante _____

INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 del Decreto L.gs.vo 30/06/2003 n. 196 e Reg. EU n.679/2016)

Dichiaro di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e Regolamento Europeo n.679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

NOTA BENE: allegare la fotocopia (fronte/retro) di un documento di identità valido del dichiarante. Consegnare la domanda entro il 31 Dicembre.