



COMUNE di GRAVINA DI CATANIA
PROVINCIA REGIONALE di CATANIA

RICHIESTA DIRITTO DI VOTO ASSISTITO

Al Sig. Sindaco del Comune di
GRAVINA DI CATANIA (CT)
Uff. Elettorale

____ il/la sottoscritt _____ nat ____ a
_____ il _____ numero tessera
elettorale _____ numero sezione del Comune di residenza _____ residente in
_____ prov. _____ in via
_____ n. _____ tel/cell _____ affett ____ da
evidente impedimento temporaneo/grave infermità permanente che non consente l'autonoma espressione del voto senza
l'aiuto di un accompagnatore di fiducia

CHIEDE

- l'esercizio del diritto di voto assistito **per impedimento temporaneo**;
- che venga apposto sulla tessera elettorale l'apposito timbro che consente, **in via permanente**, l'esercizio del diritto di voto con l'assistenza di persona di fiducia, ai sensi della legge n. 17 del 5-2-2003.

DICHIARA

- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;
- di essere elettore del Comune;

A tale scopo allega certificazione sanitaria rilasciata dal competente medico dell'Azienda Sanitaria Provinciale.

Data _____

Firma

COMUNE DI GRAVINA DI CATANIA

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

dall'interessat _____ *oppure*
dall'incaricat _____ identificato
a mezzo di _____ in quanto il/la
richiedente non è in grado di sottoscrivere la richiesta a causa di grave invalidità o infermità.

Data _____

Firma