



# COMUNE DI CARSOLI

Provincia dell'Aquila  
Medaglia d'Argento al Valor Civile  
Piazza della Libertà, 1 – Tel: 0863908300 Fax: 0863995412



Al Signor Sindaco del Comune di (Ufficio elettorale)  
**CARSOLI**

## ELEZIONI REGIONALI DEL 10 FEBBRAIO 2019

Il/La

sottoscritto/a

M F nato/a a ..... , il ..... , residente in questo Comune, in Via ..... n. ...., tessera elettorale n. ..... sezione n. .... , TEL. ....

### D I C H I A R A

di voler esercitare il proprio diritto di voto per la consultazione del giorno ..... , nell'abitazione in cui dimora sita in questo Comune, Via ..... , n. ...., presso ..... .

A tal fine allega: 1°) Copia della tessera elettorale;

2°) Certificato rilasciato dal funzionario medico designato dall'A.U.S.L. di ..... da cui il/la sottoscritto/a risulta: affetto/a da gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi di cui all'articolo 29, legge 5 febbraio 1992, n. 104, con prognosi di gg. ..... (almeno 60) decorrenti dalla data di rilascio del certificato. in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora. Dichiaro di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Data.....

Il Dichiarante

.....