**REFERENDUM POPOLARE CONFERMATIVO DELLA LEGGE COSTITUZIONALE SULLA RIDUZIONE DEI PARLAMENTARI DEL 29 MARZO 2020.**

 **Al Sindaco**

 **Del Comune di**

 **MOLFETTA**

**Dichiarazione di elettore attestante la volontà di esercitare
il diritto di voto nell’abitazione in cui dimora**

*(art. 1 del D.L. 3 gennaio 2006, n. 1, convertito, con modificazioni, della legge 27 gennaio 2006, n. 22,*

*e successive modificazioni*)

 **VOTAZIONI DEL GIORNO 29 MARZO 2020**

ll/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, M □ F□

nato/a \_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in questo Comune, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tessera elettorale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di voler esercitare il proprio diritto di voto per la consultazione del giorno **29 marzo 2020,**

nell’abitazione in cui dimora sita in questo Comune, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , n \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine allega:

 1) Copia della tessera elettorale;

 2) Certificato rilasciato dal funzionario medico designato dall' A.U.S.L. di MOLFETTA 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 giorni \_\_\_\_\_\_\_\_ (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.

Lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_