

	Amministrazione destinataria Regione Friuli Venezia Giulia	
	Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	

## Domanda di voto a domicilio

***Ai sensi del Decreto Legge 03/01/2006, n. 1***

<b>Il sottoscritto</b>										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<b>Residenza</b>										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

### CHIEDE

la possibilità di votare al proprio domicilio

<input type="radio"/> per se stesso											
<input type="radio"/> per il seguente familiare o tutelato											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita		Cittadinanza						
In qualità di (*)											

*In qualità di (\*):*

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiero e di falsità in atti,

### DICHIARA

di dover votare al proprio domicilio sotto indicato

<b>in quanto impossibilitato a recarsi al seggio elettorale e domiciliato in</b>									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

<b>in quanto ricoverato presso</b>									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Reparto		Piano	Stanza				Numero letto		

**Eventuali annotazioni**

<b>Elenco degli allegati</b>	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato medico rilasciato da medici designati dall'autorità sanitaria competente che non siano candidati a parenti entro li 4° grado di candidati
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della tessera elettorale
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali***(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante