**MODULO DI DOMANDA VOTO DOMICILIARE COVID-19**

 **Al Sindaco**

 **del Comune di Gonnosnò**

Il sottoscritto/a nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di Gonnosnò, in Via/Vico/Corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREMESSO**

**CHE:**

* In data 12 giugno 2022 si svolgeranno le consultazioni elettorali relative ai referendum previsti dall'articolo 75 della Costituzione;
* l’art. 4 del Decreto Legge del 5 maggio 2022, n. 41 recante : “*Disposizioni urgenti per lo svolgimento contestuale delle elezioni amministrative e dei referendum previsti dall'articolo 75 della Costituzione da tenersi nell'anno 2022, nonchè per l'applicazione di modalità operative, precauzionali e di sicurezza ai fini della raccolta del voto*”

ha disciplinato le modalità di esercizio del diritto di voto per coloro che sono sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di isolamento per Covid-19;

Trovandomi a causa di Covid-19:

* sottoposto al trattamento domiciliare;
* in isolamento;

*(cancellare la voce che non interessa)*

**DICHIARO**

* Di voler esercitare il diritto di voto presso l’abitazione in cui dimoro e precisamente al seguente indirizzo: Via/Vico/Corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di questo Comune;
* Di essere a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, sulla responsabilità penale a cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;
* Di essere elettore del Comune di Gonnosnò;

A tal fine, si allega la seguente documentazione:

* Certificato medico rilasciato da funzionario medico designato dai competenti organi dell’Azienda Sanitaria Locale, in data non anteriore al 29 maggio 2022 (14° giorno antecedente la data della votazione), attestante l’esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare/isolamento per Covid-19, rilasciato dal funzionario medico designato dall'Azienda sanitaria locale Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* Copia del documento di identità;

Si riporta, altresì, il contatto telefonico per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Firma

