

Al Sindaco del Comune di Carinaro  
Ufficio Elettorale  
P.zza Municipio 1  
81032 Carinaro  
pec: protocollo.carinaro@asmepec.it

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a  
..... il ..... residente a  
Carinaro in ..... n. ....

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

**CHIEDE**

in applicazione della legge n. 46 del 7 maggio 2009 estensiva del voto domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità, per le seguenti consultazioni elettorali:

**ELEZIONE DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE E DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA DI DOMENICA 23 E LUNEDI 24 NOVEMBRE 2025**

di esprimere il **voto presso l'abitazione in cui dimora** e precisamente al seguente indirizzo:

VIA/PIAZZA ..... N. CIVICO .....

COMUNE DI ..... PROV. ....

NUMERO TELEFONICO (per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare):

.....

Dichiara di essere elettore del Comune di Carinaro.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- certificato sanitario rilasciato da funzionario medico designato dalla A. S. L. competente attestante la sussistenza delle condizioni di infermità di cui al comma 1, dell'art. 1 della legge n. 46/2009, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data di rilascio del certificato, ovvero delle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali rilasciato il ..... da .....
- copia della tessera elettorale
- copia del documento di identità in corso di validità

Il/La sottoscritto/a, e consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 del GDPR UE/2016/679.

Carinaro, .....

In fede