

**Al Sindaco del Comune di BARBERINO TAVARNELLE**  
**Servizio Elettorale**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente in ..... via ..... n. ....

in qualità di ..... di .....

nato/a a ..... il .....

residente in ..... via ..... n. ....

**CHIEDE**

Che il proprio congiunto possa votare presso il domicilio ai sensi del D.L. 1/2006, convertito dalla L 22/2006, da ultimo modificato con L. 46/2009 in occasione dell'elezione dei Rappresentanti dell'Italia al Parlamento Europeo e dell'elezione diretta del Sindaco E DEL Consiglio Comunale fissate per il 8 e 9 giugno 2024.

A tal fine

**DICHIARA**

- che il proprio congiunto si trova in situazione di:

gravissima infermità;

- **OVVERO**

dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali;

- che medesimo è elettore del Comune di .....

- l'abitazione in cui dimora si trova al seguente indirizzo:

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

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

Allega alla presente la seguente documentazione:

certificato medico attestante l'esistenza di condizioni di gravissima infermità fisica, con prognosi di almeno 60 giorni (decorrenti dalla data del rilascio del certificato), rilasciato da funzionario medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale il .....

- **OVVERO**

certificato medico attestante l'esistenza di un'infermità fisica che comporta dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali rilasciato da funzionario medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale il.....

- copia della tessera elettorale del proprio congiunto.
- copia del documento di identità del proprio congiunto

**Si riporta altresì il numero telefonico per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare:**

.....

BARBERINO TAVARNELLE, LI' .....

Il dichiarante

Si allega copia del documento di identità del dichiarante.