*Al Signor Sindaco del Comune di PAGANI*

*(Ufficio Elettorale)*

|  |
| --- |
| **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, e successive modificazioni)* |

**REFERENDUM ABROGATIVI DEL 08-09 GIUGNO 2025.**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………. …………………..

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

residente in ……………………………… Via ……………………………………………………………………..

tessera elettorale n. ……………………………. sezione n. ……… del Comune di residenza

**D I C H I A R A**

di voler esercitare il proprio diritto di voto per le elezioni del giorno **08-09 giugno 2025**  nell’abitazione in cui dimora sita nel Comune di ………………………………..

Indirizzo ……….…………………………………………………………………………………………………………........

Presso ……….……………………………………………………………………………………………………

Recapito Telefonico ………………………………………………..

A tal fine allega:

1°) Copia della tessera elettorale;

2°) Certificato rilasciato dal funzionario medico designato dall'A.S.L. di …………………………….

da cui il/la sottoscritto/a risulta:

affetto/a da gravissima infermità, tale che l’allontanamento dall’abitazione in cui dimora risulti impossibile anche con l’ausilio dei servizi di cui all’articolo 29, legge 5 febbraio 1992, n. 104, con prognosi di gg. ..... (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.

*Data ……………………………..*

**Il/La dichiarante**

*……………………………..*