

Al Sig. Sindaco  
del Comune di CESATE  
Fax 02-99471216  
P.E.C.: [protocollo@comune.cesate.mi.legalmail.it](mailto:protocollo@comune.cesate.mi.legalmail.it)

**OGGETTO: DOMANDA VOTO ASSISTITO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

(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)

l'annotazione permanente del diritto al voto assistito mediante apposizione del corrispondente timbro sulla tessera elettorale personale (AVD), in virtù dell'applicazione della legge n. 17 del 5 febbraio 2003, "Nuove norme per l'esercizio del diritto di voto da parte degli elettori affetti da grave infermità".

Dichiara di essere elettore del Comune di Cesate.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- copia documento di identità
- documentazione sanitaria rilasciata dall'ASL competente che certifica l'impossibilità di esercitare autonomamente il diritto di voto

Data, \_\_\_\_\_

Firma

---

*Ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati unicamente a tale scopo. La sottoscrizione del presente modulo vale come consenso al trattamento dei dati, per le finalità indicate.*