

## ELEZIONI REGIONALI DEL 17-18 NOVEMBRE 2024

Il/La sottoscritto/a ....., M  F   
nato/a a ....., il ...../...../.....,  
residente in ..... in Via ..... n.  
....., tessera elettorale n. ....sezione n. ....

### DICHIARA

di voler esercitare il proprio diritto di voto per le consultazioni regionali del 17-18 novembre 2024,  
nell'abitazione in cui dimora sita in questo Comune, Via ....., n.  
....., presso .....

A tal fine allega:

- 1°) Copia della tessera elettorale;
- 2°) Certificato rilasciato dal funzionario medico designato dall'A.U.S.L. di .....  
da cui il/la sottoscritto/a risulta:
  - affetto/a da gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta 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.

Dichiaro di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Data ...../...../.....

Il/La dichiarante

.....