|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COMUNE DIFARA GERA D’ADDA | **UFFICIO ELETTORALE**  Piazza Roma 1  24045 Fara Gera d’Adda  T. +39 0363 688608 -623  anagrafe@comune.farageradadda.bg.it | **MODALITA’ CONSEGNA**  **INOLTRO ONLINE**: tramite posta elettronica a uno dei seguenti indirizzi: [anagrafe@comune.farageradadda.bg.it](mailto:anagrafe@comune.farageradadda.bg.it),  oppure  info@pec.comune.farageradadda.bg.it  sottoscritto a mano allegando copia del documento di identità del firmatario |

**RICHIESTA VOTO DOMICILIARE COVID PER IL REFERENDUM COSTITUZIONALE DEL 20-21 SETTEMBRE 2020**

**Dal 10 al 15 settembre 2020** al Comune di iscrizione alle liste elettorali

Al Signor Sindaco del Comune di Fara Gera d’Adda

Ufficio Elettorale

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati anagrafici**  **del richiedente:** | Il/la sottoscritto/a  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nato/a il  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Residente a Fara Gera d’Adda** |

* sottoposto a trattamento domiciliare per COVID-19
* in condizioni di quarantena per COVID-19
* in isolamento fiduciario per Covid-19

**DICHIARA sotto la propria responsabilità**

Ai sensi articolo 3 del decreto-legge n. 103/2020, **di voler esprimere il voto presso il proprio domicilio nel Comune di FARA GERA D’ADDA per il referendum costituzionale**

**del 20 - 21 settembre 2020.**

al seguente indirizzo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Indirizzo ove**  **si richiede di**  **votare:** | *(Via, Piazza)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N. telefono per la comunicazione dell’orario di raccolta del voto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ALLEGATI**  **OBBLIGATORI** |  **Fotocopia documento d’identità valido**   **Certificazione sanitaria rilasciata** dal funzionario medico designato dai competenti organi dall’azienda sanitaria locale (Asl di Treviglio), in data non anteriore al 6 settembre, che attesti l’esistenza delle condizioni di cui all’articolo 3, comma 1, del decreto-legge 103/2020 (trattamento domiciliare o condizioni di quarantena o isolamento fiduciario) |

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_