**

***Città******di Molfetta***

*SETTORE AA.GG. E INNOVAZIONE*

*U.O. ELETTORALE*

**Al Comune di Molfetta**

**Ufficio Elettorale**

**Piazza Municipio**

**OGGETTO: richiesta di apposizione di annotazione permanente del diritto al voto assistito sulla tessera elettorale.**

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto/a da grave infermità che non consente l’autonoma espressione del voto senza l’aiuto di un accompagnatore di fiducia

C H I E D E

Che venga annotato sulla propria tessera elettorale l’apposito timbro che consente, in via permanente, l’esercizio del diritto di voto con l’assistenza di persona di fiducia, ai sensi della legge 5 febbraio 2003, n. 17 e della circolare Ministero dell’Interno 19 febbraio 2006 n. 6.

* Allo scopo allega la certificazione sanitaria rilasciata dal competente medico dell’Unità Sanitaria Locale **attestante** l’impossibilità ad esercitare autonomamente il diritto di voto.
* Esibisce libretto nominativo di pensione rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attestante l’appartenenza alla categoria dei **“ciechi civili”** o la cecità assoluta.

Molfetta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma)………………………………….

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**COMUNE DI MOLFETTA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Funzionario incaricato dal Sindaco attesto che la persona sopra generalizzata identificata a mezzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ impossibilitato/a a firmare a causa d impedimento fisico, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti dichiarazioni mendaci, mi ha dichiarato la sua volontà di voler sottoscrivere l’istanza.

Lì,…………………………

 Il Funzionario Incaricato

…………………………………