

**RICHIESTA AMMISSIONE AL VOTO DOMICILIARE CON DELEGA ALLA CONSEGNA**

*COMPILARE IN STAMPATELLO – con gli asterischi sono indicati i campi obbligatori*

Il/la sottoscritto/a \* \_\_\_\_\_  
(COGNOME - NOME)

nato/a a \* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente in \* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

alla \* \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(INDIRIZZO – via, piazza, trav. , ecc.)

recapito telefonico (¹) \_\_\_\_\_

e-mail / PEC (¹) \_\_\_\_\_

essendo affetto/a da gravissima infermità,

**CHIEDE**

di essere ammesso/a all'espressione del voto presso il proprio domicilio per la consultazione elettorale dei giorni 8 e 9 giugno 2024, con eventuale turno di ballottaggio per le elezioni amministrative dei giorni 23 e 24 giugno 2024.

Allega alla presente domanda:

- 1) documentazione sanitaria rilasciata in data non anteriore al giorno 25 aprile 2024 dal funzionario medico designato dai competenti organi della A.S.L., che attesta i requisiti necessari per l'ammissione ad esercitare il diritto di voto domiciliare;
- 2) fotocopia della tessera elettorale,

**e DELEGA**

il sig./la sig.ra \* \_\_\_\_\_  
(COGNOME - NOME)

nato/a a \* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

alla consegna della presente istanza.

A tal fine allega alla presente una fotocopia del proprio documento di identità.

Bari, lì \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_  
(FIRMA)

*N.B. AL MOMENTO DELLA CONSEGNA IL DELEGATO DOVRA' ESIBIRE UN DOCUMENTO DI IDENTITA'.*

*In riferimento ai dati sopra riportati, si invita a consultare l'informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 sulla protezione dei dati personali.*

*(1) Il dato non è obbligatorio ai fini del procedimento, e potrà essere utilizzato per la comunicazione dell'orario di raccolta del voto dell'interessato e/o nell'eventualità fosse necessario contattare l'interessato in relazione alla presente istanza.*