Al Sindaco

 Del Comune di Senis

Io sottoscritt nat a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREMESSO**

**CHE:**

* in data 20 – 21 settembre 2020 si svolgeranno le consultazioni elettorali relative al referendum costituzionale;
* l’art. 3del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 103 recante : “*Modalità operative, precauzionali e di sicurezza per la raccolta del voto nelle consultazioni elettorali e referendarie dell’anno 2020*”,, ha disciplinato le modalità di esercizio del diritto di voto per coloro sottoposti a trattamento domiciliare o condizione di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19;

Trovandomi a causa di Covid-19:

* sottoposto al trattamento domiciliare;
* in condizione di quarantena;
* in isolamento fiduciario;

*(cancellare la voce che non interessa)*

DICHIARO

* Di voler esercitare il diritto di voto presso l’abitazione in cui dimora e precisamente al seguente indirizzo: Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di questo Comune;
* Di essere a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, sulla responsabilità penale a cui si puo’ andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;
* Di essere elettore del Comune di Senis;

A tal fine, si allega la seguente documentazione:

* Certificato medico rilasciato da funzionario medico designato dai competenti organi dell’Azienda Sanitaria Locale, in data non anteriore al 6 settembre (14 giorno antecedente la data della votazione), attestante l’esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare o condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19 (art. 3 comma 1 del decreto legge n. 103/2020), Dott\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Copia del documento di identità ;

Si riporta, altresi’, il contatto telefonico per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma