

**Al Sindaco del Comune di Ascoli Piceno**

Ufficio Elettorale

Piazza Arringo n. 7

63100 ASCOLI PICENO

Email: protocollo@comune.ap.it

Posta elettronica certificata (PEC): comune.ap@pec.it

**Modulo richiesta di VOTO ASSISTITO  
ELEZIONI EUROPEE ED AMMINISTRATIVE 8 e 9 GIUGNO 2024.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente Ad Ascoli Piceno in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:**

**CHIEDE**

In applicazione dell'art. 1 comma 2° della Legge 5 febbraio 2003, n. 17 che sulla propria tessera elettorale venga apposto il simbolo attestante il diritto ad esprimere il proprio voto, assistito da un accompagnatore di fiducia.

**Dichiara**

di essere elettore del Comune di Ascoli Piceno

**Allega**

alla presente la seguente documentazione:

- Certificato medico rilasciato dal funzionario medico, designato dai competenti organi dell'Azienda Sanitaria Locale, da cui risulta l'esistenza di un'infermità fisica ad esercitare autonomamente il diritto di voto;
- Libretto nominativo di pensione nel quale sia indicata la categoria "ciechi civili" ed il numero attestante la cecità assoluta (numeri di codice o fascia: 06, 07, 10, 11, 15, 18, 19);
- copia della tessera elettorale;
- copia del documento di identità in corso di validità.

Ascoli Piceno, \_\_\_\_\_

Il Richiedente