

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
REFERENDUM 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:

C H I E D E

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