

Il/La Sottoscritt_____

nat___ a _____ il ___/___/_____

residente in Formigine _____

domiciliato in _____

tel/cell _____

CHIEDE

essendo affett___ da gravissima infermità, di essere ammesso all'espressione del voto presso il proprio domicilio per le **Elezioni Europee ed Amministrative dell'08 e 09 giugno 2024.**

Allega alla presente domanda:

- documentazione sanitaria rilasciata 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;
- copia della tessera elettorale;
- copia della carta di identità in corso di validità.

Formigine, lì _____

Il/La richiedente
