



COMUNE DI ALIMINUSA

Città' Metropolitana di Palermo

ELEZIONI REGIONALI DEL 25 SETTEMBRE 2022

VOTO DOMICILIARE E VOTO ASSISTITO

Gli elettori affetti da grave infermità, tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimorano, che si trovino in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, sono ammessi al voto domiciliare.

Gli elettori interessati devono inoltrare, non oltre il quindicesimo giorno antecedente alla data della votazione, ovverossia **entro sabato 10 settembre 2022**, al Sindaco del Comune nelle cui liste elettorali sono iscritti una dichiarazione attestante la volontà di esprimere il voto presso il proprio domicilio allegando alla stessa:

- Copia della tessera elettorale
- Certificato medico rilasciato dall'A.S.P. competente che attesti l'esistenza dell'infermità fisica tale da impedire di recarsi al seggio

Inoltre, **gli elettori affetti da grave infermità fisica che hanno necessità dell'assistenza di un altro elettore** per esprimere il voto potranno richiedere al Comune d'iscrizione elettorale di provvedere all'annotazione permanente del diritto di voto assistito mediante apposizione di timbro sulla tessera elettorale.

Al Sindaco del Comune di Aliminusa

(Ufficio Elettorale)

Richiesta di annotazione del diritto di voto assistito sulla tessera elettorale

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a Aliminusa in (via, piazza) _____ -n. _____

codice fiscale _____

recapito telefonico n. _____ email _____

tessera elettorale n. _____ sezione di voto n. _____

iscritto nelle liste elettorali del Comune di Aliminusa,

CHIEDE

Il riconoscimento in via permanente del diritto di voto assistito, mediante apposizione di relativa annotazione sulla propria tessera elettorale, in quanto affetto da grave infermità che non consente l'autonoma espressione del voto.

Si allegano:

1. *Copia della tessera elettorale;*
2. *Copia di documento di identità in corso di validità;*
3. *Certificazione sanitaria rilasciata dagli organi dell'Azienda Sanitaria Locale*

Data _____

Il/La dichiarante _____