



# COMUNE DI VELLETRI

CITTA' METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

UFFICIO ELETTORALE

PIAZZA CESARE OTTAVIANO AUGUSTO CAP 00049 - TEL. 06/96158257

PEC: [ufficio.elettorale@pec.comune.velletri.rm.it](mailto:ufficio.elettorale@pec.comune.velletri.rm.it)

## DOMANDA PER ESERCIZIO DEL VOTO DOMICILIARE

### ELEZIONI REGIONALI

DOMENICA 12 E LUNEDI' 13 FEBBRAIO 2023

AL Signor Sindaco  
del Comune di Velletri

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a VELLETRI (RM) in \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
in applicazione dell'art. 1 del Decreto Legge 03/01/2006 n.1, convertito con modificazioni,  
dalla Legge 27/01/2006 n.22, come modificato dalla Legge 07/05/2009 n.46 estensiva del voto  
domiciliare a categorie di elettori intrasportabili affetti da gravissime infermità,

### CHIEDE

di esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimora e precisamente al seguente indirizzo:

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

NUM. TELEFONICO (per concordare le modalità di raccolta del voto domiciliare):  
\_\_\_\_\_

A tal fine dichiara, sotto la sua responsabilità:

- A) di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci
- B) di essere elettore del Comune di Velletri.

### Si allega alla presente:

1. certificato sanitario rilasciato da funzionario medico A.S.L. attestante l'infermità fisica e la dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_
2. copia della tessera elettorale
3. copia del documento di identità in corso di validità

Velletri \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_