



**COMUNE DI OLEVANO SUL TUSCIANO**

**Provincia di Salerno**

**SERVIZI DEMOGRAFICI**

**Piazza Umberto I°**

**84062 Olevano sul Tusciano (SA)**

**Tel.: 0828621626 – Fax: 0828621645**

**e-mail: [anagrafe@comune.olevanosultusciano.sa.it](mailto:anagrafe@comune.olevanosultusciano.sa.it)**

**pec: [protocollo@pec.olevanosultusciano.eu](mailto:protocollo@pec.olevanosultusciano.eu)**

**Al Sindaco del  
Comune di Olevano sul Tusciano  
SEDE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Olevano sul Tusciano, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, essendo affetto da grave infermità tale da impedire l'allontanamento dall'abitazione in cui dimoro a causa della dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali

**DICHIARO**

la volontà di esprimere il voto per l' **“ELEZIONE DEI MEMBRI DEL PARLAMENTO EUROPEO SPETTANTI ALL'ITALIA DI SABATO 8 E DOMENICA 9 GIUGNO 2024 – Voto a domicilio”**, presso l'abitazione posta in via \_\_\_\_\_ del Comune di Olevano sul Tusciano (SA).

Allego:

- a) copia di un documento di riconoscimento;
- b) copia della tessera elettorale;
- c) Certificato medico, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale:

attestante l'esistenza delle condizioni di infermità di cui al comma 1 dell'art. 1 legge n. 46/2009, con prognosi di almeno sessanta giorni, decorrenti dalla data di rilascio del certificato;

attestante l'esistenza delle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature Elettromedicali.

Inoltre, qualora vi sia la necessità, il certificato dovrà attestare l'esigenza di assistenza da parte di un accompagnatore di fiducia per esprimere il voto (tale aggiunta non è necessaria per coloro che, sulla tessera elettorale, abbiano già fatto apporre l'annotazione permanente del voto assistito).

Resto in attesa di ricevere la prescritta attestazione per l'esercizio del diritto di voto a domicilio.

Data, \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

Tel./Cel.: \_\_\_\_\_ e-mail.: \_\_\_\_\_