Al Sig. Sindaco del Comune di

# FROSINONE (FR)

|  |  |
| --- | --- |
| OGGETTO: | **Istanza per l’esercizio domiciliare del voto per gli elettori sottoposti a trattamento domiciliare, quarantena o in condizioni di isolamento fiduciario per Covid-19.** |

Il/La sottoscritto/a , nato/a a , il , residente in FROSINONE (FR) via/piazza , nr. tessera elettorale nr. sezione nr. ,

# D I C H I A R A

DI VOLER ESERCITARE IL PROPRIO DIRITTO DI VOTO per le **ELEZIONI POLITICHE di DOMENICA 25 SETTEMBRE 2022,**

nel luogo in cui dimora e cioè in via ………………………………………………………………… nr. ……, presso

…………………………………… recapito cellulare ………………………………, mail …………………………….

# Allega:

1. copia della tessera elettorale;
2. copia di un documento di identità in corso di validità;
3. certificato rilasciato dal funzionario medico designato dai competenti organi dell’azienda sanitaria locale, in data non anteriore all’11 settembre 2022 *(14° giorno antecedente la data della votazione)* che attesta l’esistenza delle condizioni previste dal decreto-legge n. 41/2022 e ss. mm. e ii. *(trattamento domiciliare o condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19)*.

*Data*

***Il/La dichiarante***