Al Sig. Sindaco del Comune di **Buggerru**

All’Ufficio Elettorale del Comune di **Buggerru**

09010 Buggerru (SU)

**OGGETTO: dichiarazione attestante la volontà di esprimere il voto presso il proprio domicilio (articolo 3 del decreto-legge n.103/2020 trattamento domiciliare, quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19) per le il Referendum del 20 e 21 settembre 2020**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Buggerru, in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e altro recapito telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a alle liste elettorali di codesto comune presso la sezione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare oltre al proprio cellulare o telefono di casa anche un altro recapito telefonico per essere contattati)*

**DICHIARA**

**di voler esercitare il proprio diritto di voto, in occasione del Referendum del 20 e 21 settembre 2020 al seguente domicilio:**

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in quanto impossibilitato ad allontanarsi dall’abitazione trovandosi nelle condizioni previste dall’art. 3 del Decreto Legge in oggetto richiamato (trattamento domiciliare, quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19)

Si allega alla presente:

* Certificato rilasciato dall’Ufficio Igiene Pubblica ATS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fotocopia Documento di Identità

Buggerru, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_