# **stemma barumini**

#  **COMUNE DI BARUMINI**

#  Provincia del Sud Sardegna

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Viale San Francesco, 3 – c.a.p. 09021 – Barumini – tel. 070/9368024 – fax 070/9368033 – Email comunebarumini@tiscalinet.it

Al Sig. Sindaco del Comune di

Barumini

A mezzo mail all'indirizzo:

affarigenerali@comune.barumini.ca.it

anagrafestatocivile@comune.barumini.ca.it

**Oggetto: Elezione diretta del Sindaco e del Consiglio comunale di domenica 25 e lunedì 26 ottobre 2020 con eventuale ballottaggio domenica 8 e lunedì 9 novembre 2020. Richiesta di voto domiciliare per gli elettori sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di quarantena o di isolamento fiduciario per COVID-19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, residente a Barumini ed iscritto nelle liste elettorali della sez. \_\_\_\_,

DICHIARA

di essere nelle condizioni previste nell’articolo 1 del decreto-legge n. 1/2006, convertito dalla legge n. 22/2006, rubricato “Voto domiciliare per elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l’allontanamento dall’abitazione”, adattate alla specifica tempistica richiesta dalla particolare condizione degli elettori sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19, secondo quanto indicato nella circolare del Ministero dell’Interno n. 39/2020,

CHIEDE

di esprimere il proprio voto, in occasione delle elezioni di cui all'oggetto, presso l’abitazione

in cui dimora, situata:

nel Comune di Barumini al seguente indirizzo:

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Barumini, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

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

Si allega alla presente:

a) copia del documento di identità;

b) certificato medico rilasciato dall’organo competente dell’Azienda sanitaria locale.