



COMUNE DI MONTECARLO

Provincia di Lucca

Prot. 8541

SERVIZI AL CITTADINO-UFFICIO SERVIZI CIMITERIALI

Tel. 0583229741-fax 0583228920

e-mail: demografici@comune.montecarlo.lu.it

ESERCIZIO DEL VOTO A DOMICILIO PER ELETTORI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO DOMICILIARE O IN CONDIZIONI DI QUARANTENA O DI ISOLAMENTO FIDUCIARIO PER COVID- 19

Il Sindaco

rende noto

che gli elettori sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di quarantena o di isolamento fiduciario per Covid-19, che non possono lasciare l'abitazione in cui dimorano, sono ammessi al voto per la consultazione elettorale del 20 e 21 settembre 2020 nella predetta dimora. Per avvalersi del diritto di voto a domicilio, **gli elettori devono far pervenire al Sindaco del Comune di iscrizione nelle liste elettorali, tra il 10 settembre 2020 ed il 15 settembre 2020**, una dichiarazione, anche per via telematica, in carta libera, attestante la volontà di esprimere il voto presso l'abitazione in cui dimorano, indicandone l'indirizzo completo. Alla dichiarazione deve essere allegato un certificato, rilasciato dal funzionario medico designato dai competenti organi dell'Azienda Sanitaria Locale, in data non anteriore al 6 settembre 2020, che attesti, in capo all'elettore, l'esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare o condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi al servizio elettorale del Comune.

Data 05/09/2020



FEDERICO CARRARA
IL SINDACO

DOMANDA DI VOTO A DOMICILIO PER COVID-19⁽¹⁾

(D.L. n. 103/2020 art. 3)

Al Sig. Sindaco
del Comune di MONTECARLO

Io sottoscritt _____

nat _____ a _____ il _____

residente nel Comune di _____

in via _____ n. _____

telefono n. _____ trovandomi, a causa di Covid-19:

 sottoposto al trattamento domiciliare; in condizioni di quarantena; in isolamento fiduciario**D I C H I A R O**

la volontà di esprimere il voto per la consultazione elettorale del _____ presso l'abitazione sita

in via _____ n. _____

di questo Comune.

Allo scopo allego un certificato, rilasciato dal funzionario medico designato dai competenti organi dell'Azienda Sanitaria Locale, attestante l'esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare o condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19⁽²⁾.

Data _____

Firma

(1) La domanda va presentata, anche per via telematica, tra il 10° ed il 5° giorno antecedente la data della votazione al Sindaco del Comune nelle cui liste elettorali si è iscritti.

(1) _____

**CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO
DEL DIRITTO DI VOTO A DOMICILIO PER COVID-19**
(D.L. n. 103/2020 ART. 3)

_____ l _____ sottoscritt _____
funzionario medico designato dai competenti organi dell'Autorità Sanitaria Locale di _____

CERTIFICA

che _____ l _____ Sig. _____
nat _____ a _____ il _____
residente a _____

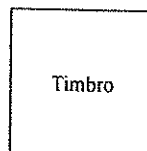
è sottoposto al trattamento domiciliare;

è in condizioni di quarantena;

è in isolamento fiduciario;

per Covid-19.

_____, li _____



IL SANITARIO

(1) Indicare la denominazione della competente Autorità Sanitaria Locale.

N.B.: Il certificato medico deve essere rilasciato gratuitamente ed in esenzione da qualsiasi diritto od applicazione di marche; inoltre deve essere in data non anteriore al 14° giorno antecedente la votazione.