

Al Signor SINDACO  
Comune di Formigine

e mail elettorale@comune.formigine.mo.it

via pec :  
[comune.formigine@cert.comune.formigine.mo.it](mailto:comune.formigine@cert.comune.formigine.mo.it)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via

tel/cel \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

in possesso della certificato medico dell'Azienda USL di Modena relativo alla condizione di trattamento domiciliare  
o isolamento per Covid-19,

ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. 41/2022

DICHIARA

- la volontà di esprimere il voto presso il proprio domicilio di via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_

per i Referendum popolari abrogativi del 12 giugno 2022.

Allega alla presente domanda:

- copia certificato medico dell'Azienda USL di Modena
- copia della tessera elettorale;
- copia della carta di identità in corso di validità.

Formigine, \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_