



COMUNE DI SAN CASCIANO V.P.

Provincia di Firenze

Ufficio Servizi demografici ed elettorali

Data di ricezione della
domanda

Il/La _____

Sig./Sig.ra

In qualità di _____

residente

in

Via _____

Tel. n. ____/____,

CHIEDE

CHE VENGA

- effettuata a domicilio l'autentica della sottoscrizione;
- raccolta a domicilio la dichiarazione di chi non sa o non può firmare;
- Altro, specificare _____

Relativamente al Sig./Sig.ra _____

Residente/domiciliata in San Casciano V.P., Via _____

Eventuali annotazioni _____

Alla presente domanda viene allegato il certificato del medico curante, che attesta l'impossibilità dell'interessato di recarsi presso l'Ufficio Servizi demografici ed elettorali, **NONCHE' L'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE.**

Il sottoscritto esprime il proprio consenso alla conservazione del predetto certificato presso l'ufficio Servizi demografici e prende atto che quanto in esso risultante non sarà oggetto di diffusione e/o comunicazione a terzi.

San Casciano V.P., li _____

Firma del richiedente