

ELEZIONE PER I MEMBRI DEL PARLAMENTO EUROPEO SPETTANTI ALL'ITALIA

Ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.L. n. 408/94, convertito in legge dall'art. 1, comma 1, L. 483/94 e modificato dall'art. 15 L. 128 del 24 Aprile 1998,

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

De acordo com o art.º 2.º, n.º 2, do D.L. n.º 408/94, aprovado pelo art.º 1.º, n.º 1, da Lei n.º 483/94 e alterado pelo art.º 15.º da Lei n.º 128 de 24 de abril de 1998

EU, ABAIXO ASSINADO

Provincia / Province

FIRENZE (FI)

Comune / Freguesia

FIRENZE

Cognome / Sobrenome

Nome / Nome próprio

Cognome da nubile / Nome de solteira

Nome di padre / Nome do pai



Nome della madre / Nome da mãe



Sesso / Sexo

Data di nascita / Data de nascimento

Luogo di nascita / Naturalidade

Stato di nascita / País de nascimento

Nazionalità / Nacionalidade

la collettività locale o circoscrizione dello Stato membro di origine nelle cui liste elettorali è iscritto /
Comissão recenseadora/freguesia do Estado-Membro de origem onde esteve inscrito

è iscritto in qualità di elettore alle elezioni del Parlamento europeo del 2024 in (indicare lo Stato membro) / Está
inscrito na qualidade de eleitor para votar nas eleições para o Parlamento Europeu 2024 em (Indicar o Estado-
Membro)

Carta di Identità / Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade

Numero nazionale / N.º de identificação civil

Numero elettorale / Número de Eleitor

Indirizzo nello Stato membro di origine / Morada no Estado-Membro de origem

Indirizzo completo in questo Comune / Morada completa nesta freguesia

Data / Data

DICHIARA di volere esercitare esclusivamente in Italia il diritto di voto per le elezioni dei membri del Parlamento europeo spettanti all'Italia e di possedere la capacità elettorale nel proprio Stato di origine.
DICHIARA, altresì, che non vi è a suo carico alcun provvedimento giudiziario che comporti, per il suo Stato di origine, la perdita dell'elettorato attivo.

DECLARO por minha honra que apenas exercerei o direito de voto nas eleições para o Parlamento Europeu em Itália e que possuo capacidade eleitoral ativa no meu Estado-Membro de origem.
Mais, DECLARO, que não estou abrangido por incapacidades eleitorais no Estado-Membro de origem.

Stampa / Print