

	<p align="center">COMUNE DI PORTO MANTOVANO PROVINCIA DI MANTOVA www.comune.porto-mantovano.mn.it</p>	
---	--	--

RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL' ALBO DEI PRESIDENTI DI SEGGIO

Al Sindaco del Comune di Porto Mantovano

Ufficio Elettorale
Strada Cisa, 112
46047 PORTO MANTOVANO
fax 0376/389029

Il sottoscritto

Nato a..... il .. .

Residente a Porto Mantovano in Via .. .

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo dei Presidenti di Seggio per il seguente motivo:

- LAVORO
- SALUTE
- FAMILIARI
- PERSONALI
- STUDIO

SI ALLEGA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'

Porto Mantovano, li .. .

.....
(Firma leggibile)

Ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati unicamente a tale scopo.

La sottoscrizione del presente modulo vale come consenso al trattamento dei dati, per le finalità indicate.

1° caso (presentazione diretta)	2° caso (invio per mezzo posta, fax o tramite incaricato)
Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla. Modalità di identificazione: _____	Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento:
_____	Tipo(*) _____ n. _____
Data _____	rilasciato _____ da _____ in data
_____ IL DIPENDENTE ADDETTO	_____ _____ Data _____ _____ DICHIARANTE FIRMA DEL
	(*) Passaporto, carta d'identità, patente, ecc.