# Domanda di cancellazione dall’Albo degli Scrutatori di seggio

Al Sig. Sindaco del Comune di Castelnuovo di Garfagnana

# Servizi Demografici - Ufficio Elettorale

Il/La sottoscritto Cognome \* ……………………………… Nome \* ……………..…………….

Luogo di nascita \* ………...………..…………………..……………………… Data di nascita \* ………………….……….. Residente a Castelnuovo di Garfagnana in Via/Piazza…………………………….………...………… n. \*..…………… Tel.:......................................................................................... Cell.: .......................................................

indirizzo email .............………………......................................................................................................................................................…

Tipo doc. ………………………………………………… N° del documento ………………………...…….…………………

# CHIEDE

ai sensi dell'art. 9 della Legge 30/4/1999, n. 120, di essere **CANCELLATO** dall’Albo di Scrutatore di seggio elettorale, per il seguente motivo

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell’artt. 13-14 del GDPR 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegato:

- Copia del documento d’identità

Castelnuovo di G.na……………………………... ………………...…….....…….……………...................................................... data Firma del richiedente

**Allegare fotocopia del documento d’identità del dichiarante**