

RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI SCRUTATORI

Al Sindaco del Comune di Lastra a Signa
c/o Ufficio Elettorale
Piazza del Comune 17
50055 Lastra a Signa (FI)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____|____|____|

residente a Lastra a Signa in Via/Piazza _____ n. _____

e- mail/pec _____ n. tel. _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo degli scrutatori di seggio per i seguenti motivi:

Si allega fotocopia del documento di identità

Data, _____

Il Richiedente

(Firma leggibile)

INFORMATIVA 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.