

**RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI PRESIDENTI DI SEGGIO**

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 dei Presidenti 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.