AL SIG. SINDACO

DEL COMUNE DI SORSO

SERVIZIO ELETTORALE

___l___ sottoscritt___

.....

Nat___ a……..…. (Prov……)**,** il ….…./……..…/…....….

Residente a SORSO in via/piazza _____. N._____

tel…… cell……...

COMUNICA

la propria disponibilità a sostituire i presidenti di seggio impossibilitati a svolgere l'incarico in occasione delle consultazioni del 08-09 Giugno 2024.

A tal fine Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 per il caso di false dichiarazioni:

□ di essere iscritt___ all'Albo delle persone idonee all'ufficio di Presidente di seggio elettorale del Comune di Sorso;

Il/la sottoscritto/a **dichiara**, inoltre, di aver svolto in precedenti consultazioni le funzioni di:

☐ presidente ☐ segretario ☐ scrutatore

SORSO, lì_____ (firma)

_____

Informativa relativa al trattamento **dei dati personali**

Il Titolare del trattamento è il Comune di Sorso, con sede in Piazza Garibaldi 1 – 07037 Sorso (SS), il quale ha designato a Responsabile della protezione dei dati _____. Il trattamento dei dati personali è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. I dati personali degli interessati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità di cui all'informativa estesa. Gli interessati sono titolari dei diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Ue 2016/679.

(firma)

- Il modulo deve essere compilato a carattere stampatello.

- allegare copia del documento di identità in corso di validità.