

**DOMANDA PER LA CANCELLAZIONE
DALL'ALBO DEGLI SCRUTATORI DI SEGGIO**

Al Sig. SINDACO
del Comune di Roccarainola

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in Roccarainola in Via _____ n. _____
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| numero telefonico _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo degli Scrutatori di Seggio per il seguente motivo:

- ☐ LAVORO
- ☐ SALUTE
- ☐ FAMILIARI
- ☐ PERSONALI
- ☐ STUDIO

Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Roccarainola, _____

Firma
