

## AUTODICHIARAZIONE INTEGRATIVA DELLA CONDIZIONE DI ELETTORE FUORI SEDE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii., ai fini dell'art. 8 della legge 9 ottobre 2026, n. 180

**Da allegare alla domanda ministeriale di iscrizione nell'elenco degli elettori fuori sede indirizzata al Comune di Gallarate.**

Compilare le sezioni A, B, C e I e SOLO la sezione relativa alla propria condizione (D, E, F, G oppure H). Leggere l'informativa privacy prima della firma. L'ultima pagina è riservata all'Ufficio elettorale. Indicare dati esatti, verificabili e completi; se non conosciuti, scrivere «non conosciuto».

### A. IDENTIFICAZIONE DEL DICHIARANTE

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Documento di identità (tipo/n.): \_\_\_\_\_

Telefono (facoltativo): \_\_\_\_\_ E-mail/PEC: \_\_\_\_\_

### B. COMUNE DI ISCRIZIONE ELETTORALE E DOMICILIO TEMPORANEO

Comune di iscrizione elettorale: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Regione del Comune di iscrizione elettorale \_\_\_\_\_

Residenza anagrafica completa (via/piazza, n., CAP) \_\_\_\_\_

Comune di temporaneo domicilio: GALLARATE (VA) – Regione: LOMBARDIA

Indirizzo completo del domicilio temporaneo a Gallarate (via/piazza, n., interno, CAP)  
\_\_\_\_\_

Titolo/forma della sistemazione temporanea (informazione utile a ricostruire il domicilio):

☐ Locazione ☐ Ospitalità ☐ Proprietà ☐ Alloggio universitario/lavorativo ☐ Altro: \_\_\_\_\_

☐ Dichiaro che il Comune di temporaneo domicilio è ubicato in una Regione diversa da quella del Comune di iscrizione elettorale.

### C. ANNUALITÀ E DECORRENZA DELLA CONDIZIONE

Anno della/e consultazione/i per cui si presenta la domanda: \_\_\_\_\_

☐ Studio/lavoro: condizione già in essere entro il 31 dicembre dell'anno \_\_\_\_\_; domanda per l'anno successivo.

☐ Studio/lavoro: condizione maturata dopo il 31 dicembre \_\_\_\_\_.

Data esatta in cui sono stati soddisfatti i requisiti di studio/lavoro (se sopravvenuti) \_\_\_\_\_

☐ Cura/assistenza: domanda riferita a consultazione nell'anno in corso.

Data della consultazione (per cura/assistenza, se nota/indetta) \_\_\_\_\_

Per studio/lavoro è richiesto un periodo di temporanea permanenza previsto di almeno 9 mesi. Per cura e assistenza è richiesto un periodo di almeno 3 mesi comprendente la data della consultazione. L'ufficio verifica i termini della domanda secondo la categoria.

SEZIONI ALTERNATIVE · Compilare SOLO la sezione D oppure E se la condizione è studio o lavoro

#### D. MOTIVI DI STUDIO – PERMANENZA PREVISTA DI ALMENO NOVE MESI

---

Da compilare solo per la condizione di studio.

☐ Dichiaro di essere studente/studentessa e di soggiornare temporaneamente a Gallarate per motivi di studio.

Denominazione completa di Università/Istituto/Scuola/Ente di formazione \_\_\_\_\_

Sede legale: Comune/Provincia: \_\_\_\_\_ Sede di frequenza: Comune: \_\_\_\_\_

Indirizzo della sede di frequenza (via, n., CAP) \_\_\_\_\_

Codice fiscale/identificativo dell'ente di formazione, se noto \_\_\_\_\_

E-mail segreteria / ufficio studenti: \_\_\_\_\_ PEC istituto (se nota): \_\_\_\_\_

Denominazione del corso, percorso o attività didattica \_\_\_\_\_

Tipologia: ☐ Università ☐ Scuola ☐ ITS/AFAM ☐ Tirocinio formativo collegato a corso ☐ Altro: \_\_\_\_\_

Matricola / numero iscrizione (se disponibile): \_\_\_\_\_ Anno di corso: \_\_\_\_\_

Data inizio frequenza: \_\_\_\_\_ Data fine prevista frequenza: \_\_\_\_\_

Data inizio permanenza a Gallarate: \_\_\_\_\_ Data fine permanenza prevista: \_\_\_\_\_

☐ Confermo che, per la suddetta condizione di studio, la permanenza temporanea prevista a Gallarate è di almeno 9 mesi.

Eventuali elementi utili alla verifica (ufficio, sede, riferimento identificativo): \_\_\_\_\_

#### E. MOTIVI DI LAVORO – PERMANENZA PREVISTA DI ALMENO NOVE MESI

---

Da compilare solo per la condizione di lavoro.

☐ Dichiaro di svolgere attività lavorativa e di soggiornare temporaneamente a Gallarate per motivi di lavoro.

Rapporto/attività: ☐ Dipendente ☐ Lavoro autonomo ☐ Collaborazione ☐ Incarico/missione ☐ Altro: \_\_\_\_\_

Denominazione completa datore di lavoro/committente/ente o attività autonoma \_\_\_\_\_

Codice fiscale / Partita IVA: \_\_\_\_\_ Sede legale: Comune/Provincia: \_\_\_\_\_

Indirizzo della sede di lavoro/luogo prevalente della prestazione \_\_\_\_\_

Ufficio personale / referente aziendale: \_\_\_\_\_ E-mail / PEC per riscontro: \_\_\_\_\_

Mansione/attività svolta; estremi contratto/incarico, se noti \_\_\_\_\_

Data inizio lavoro/incarico: \_\_\_\_\_ Data termine prevista (se determinata): \_\_\_\_\_

Data inizio permanenza a Gallarate: \_\_\_\_\_ Data fine permanenza prevista: \_\_\_\_\_

☐ Confermo che, per la suddetta condizione di lavoro, la permanenza temporanea prevista a Gallarate è di almeno 9 mesi.

SEZIONI ALTERNATIVE · Cura e assistenza: compilare solo F oppure G, se pertinente

**F. MOTIVI DI CURA PERSONALE – PERIODO DI ALMENO TRE MESI**

Fatti dichiarati dall'interessato: periodo, struttura e modalità di assistenza. Non descrivere diagnosi, patologie o terapie in dettaglio.

☐ Dichiaro di ricevere, per documentati motivi di cura, assistenza sanitaria, terapia o trattamento medico.

Denominazione completa della struttura sanitaria presso la quale sono in cura

Comune/Provincia della struttura: \_\_\_\_\_ Regione della struttura:

Indirizzo completo struttura sanitaria (via/piazza, n., CAP) \_\_\_\_\_

Codice identificativo / P. IVA struttura (se noto): \_\_\_\_\_ PEC/e-mail amministrativa struttura (se nota):

Ufficio o servizio della struttura competente ad attestare periodo e frequenza (senza diagnosi)

Modalità: ☐ Ricovero ☐ Trattamento/terapia ambulatoriale ☐ Assistenza sanitaria ☐ Altro: \_\_\_\_\_

Inizio periodo di cure/assistenza: \_\_\_\_\_ Termine periodo di cure/assistenza:

☐ Periodo ancora in corso; termine attualmente previsto: \_\_\_\_\_

Dichiaro che il periodo è di almeno 3 mesi e comprende la data della consultazione, prevista per il \_\_\_\_\_.

Riferimento amministrativo, prenotazione o programma (solo se disponibile e privo di informazioni cliniche):

La presente dichiarazione non costituisce né sostituisce un certificato medico/sanitario quando ne sia necessario il rilascio in base alla normativa applicabile (art. 49, D.P.R. 445/2000). Eventuali ulteriori riscontri saranno effettuati dall'ufficio nei limiti delle informazioni necessarie.

SEZIONI ALTERNATIVE · Caregiver familiare o assistenza al minore: compilare soltanto G oppure H

### G. CAREGIVER FAMILIARE – PERIODO DI ASSISTENZA DI ALMENO TRE MESI

Ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 e ss.mm.ii. Non riportare diagnosi o dettagli clinici dell'assistito.

☐ Dichiaro di prestare personalmente cura e assistenza, in qualità di caregiver familiare, alla persona sotto indicata.

Persona assistita: cognome e nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Comune di residenza della persona assistita: \_\_\_\_\_ Codice fiscale (se noto): \_\_\_\_\_

Rapporto con l'assistito (selezionare e indicare il grado quando rilevante):

☐ Coniuge ☐ Parte di unione civile ☐ Convivente di fatto ☐ Familiare entro il 2° grado

☐ Affine entro il 2° grado ☐ Familiare entro il 3° grado nei soli casi previsti dall'art. 33, c. 3, L. 104/1992

Specificare il legame di parentela/affinità o il titolo del rapporto \_\_\_\_\_

Condizione rilevante dell'assistito (solo indicazioni giuridico-amministrative, se conosciute):

☐ Non autosufficienza ☐ Verbale ex art. 3, c. 3, L. 104/1992 ☐ Indennità di accompagnamento

☐ Altra circostanza rilevante ai sensi dell'art. 1, c. 255, L. 205/2017: \_\_\_\_\_

Ente che ha accertato la condizione, numero/data verbale o provvedimento (se noti) \_\_\_\_\_

Denominazione della struttura sanitaria presso cui l'assistito riceve cure o trattamento \_\_\_\_\_

Comune/Provincia della struttura: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_

Indirizzo completo della struttura sanitaria (via, n., CAP) \_\_\_\_\_

Contatto amministrativo per i controlli (ufficio/e-mail/PEC, se conosciuto) \_\_\_\_\_

Data inizio attività personale di assistenza: \_\_\_\_\_ Data fine prevista assistenza: \_\_\_\_\_

☐ Assistenza ancora in corso, con termine attualmente previsto al \_\_\_\_\_

Dichiaro che l'attività di assistenza dura almeno 3 mesi e comprende la data della consultazione: \_\_\_\_\_.

### H. GENITORE O FAMILIARE CONVIVENTE DI MINORE IN CURA – ALMENO TRE MESI

Da compilare solo se l'assistenza o l'accompagnamento riguarda un minore in cura in struttura sanitaria fuori Regione.

Qualità del dichiarante: ☐ Genitore del minore ☐ Familiare convivente del minore

Minore: cognome e nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Codice fiscale del minore (se noto): \_\_\_\_\_ Rapporto di parentela: \_\_\_\_\_

Se familiare convivente: indirizzo della convivenza con il minore: \_\_\_\_\_

Denominazione della struttura sanitaria presso cui il minore riceve cure/terapie \_\_\_\_\_

Comune/Provincia della struttura: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_

Indirizzo completo della struttura sanitaria \_\_\_\_\_

Contatto amministrativo della struttura (e-mail/PEC o ufficio, se noto) \_\_\_\_\_

Attività svolta: ☐ Accompagnamento del minore ☐ Cura e assistenza al minore ☐ Entrambe

Inizio periodo di accompagnamento/assistenza: \_\_\_\_\_ Fine prevista: \_\_\_\_\_

☐ Attività tuttora in corso, termine attualmente previsto al \_\_\_\_\_

Dichiaro che l'attività dura almeno 3 mesi e comprende la data della consultazione: \_\_\_\_\_.

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) – Procedimento di iscrizione nell'elenco degli elettori fuori sede*

**1. Titolare del trattamento.** Il Titolare è il Comune di Gallarate, con sede in Via Giuseppe Verdi n. 2, 21013 Gallarate (VA), tel. 0331 754111, PEC [protocollo@pec.comune.gallarate.va.it](mailto:protocollo@pec.comune.gallarate.va.it), sito [www.comune.gallarate.va.it](http://www.comune.gallarate.va.it).

**2. Responsabile della protezione dei dati (RPD).** Il RPD può essere contattato all'indirizzo [responsabilepdp@comune.gallarate.va.it](mailto:responsabilepdp@comune.gallarate.va.it) oppure tramite la PEC del Comune, specificando nell'oggetto «All'attenzione del RPD».

**3. Finalità e basi giuridiche.** I dati sono trattati per acquisire e verificare le dichiarazioni rese, istruire la domanda di iscrizione nell'elenco comunale degli elettori fuori sede, effettuare i controlli previsti dalla legge, verificare il diritto di elettorato attivo con il Comune di iscrizione, gestire ammissioni, revoche, attestazioni, liste aggiunte e gli adempimenti elettorali e di archiviazione. Il trattamento si fonda sull'art. 6, par. 1, lett. c) ed e), GDPR, in relazione all'art. 8 della legge 9 ottobre 2026, n. 180 e al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii. Nei limiti in cui sia indispensabile trattare dati relativi alla salute, si applicano l'art. 9, par. 2, lett. g), GDPR e l'art. 2-sexies, comma 2, lett. b) e f), del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

**4. Dati trattati e minimizzazione.** Sono trattati dati identificativi e di contatto, residenza e domicilio temporaneo, informazioni pertinenti su studio, lavoro e durata della permanenza, rapporti familiari, cura e assistenza, nonché i riscontri acquisiti per i controlli. In relazione all'assistenza possono essere indicati dati di minori o persone assistite, limitatamente a quanto necessario per verificare i requisiti. Non devono essere riportate diagnosi, cartelle cliniche o altri dettagli sanitari non richiesti.

**5. Conferimento.** Il conferimento dei dati necessari è richiesto per verificare i presupposti dell'iscrizione; l'omissione delle informazioni indispensabili può impedire il completamento dell'istruttoria e l'ammissione al voto fuori sede. I recapiti espressamente indicati come facoltativi restano tali. Non è richiesto alcun consenso privacy.

**6. Modalità e destinatari.** I dati sono trattati con strumenti cartacei e informatici da personale autorizzato, con misure adeguate di riservatezza e sicurezza. Possono essere comunicati, nei limiti necessari, al Comune di iscrizione elettorale, alle autorità e agli organi competenti per gli adempimenti elettorali e, ai soli fini dei controlli sulle dichiarazioni, a istituti di istruzione, datori di lavoro, strutture sanitarie e altre amministrazioni o soggetti competenti. Eventuali fornitori tecnici operano secondo la disciplina applicabile del GDPR. Non è prevista la pubblicazione delle autodichiarazioni né la diffusione dei dati relativi alla salute.

**7. Conservazione e trasferimenti.** I dati e gli atti del procedimento sono conservati per il tempo necessario alla gestione delle finalità indicate e secondo la disciplina sugli archivi pubblici, i termini di legge e il piano di conservazione dell'Ente. La scadenza annuale dell'iscrizione non comporta l'automatica cancellazione del fascicolo. Gli eventuali trasferimenti di dati al di fuori dello Spazio economico europeo possono avvenire solo alle condizioni previste dal Capo V del GDPR.

**8. Diritti dell'interessato.** L'interessato può rivolgersi al Titolare o al RPD per esercitare, nei casi e nei limiti previsti dagli artt. 15-22 del GDPR, i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), ai sensi dell'art. 77 del GDPR.

**9. Decisioni automatizzate e dati di terzi.** L'ammissione è subordinata a istruttoria amministrativa e non è decisa esclusivamente con processi automatizzati o profilazione. Se la dichiarazione contiene dati di una persona assistita o di un minore, il Comune gestisce anche i connessi obblighi informativi verso tali persone ai sensi dell'art. 14 del GDPR, ove applicabile.

DICHIARAZIONI FINALI E SOTTOSCRIZIONE

I. RESPONSABILITÀ, CONTROLLI E FIRMA

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. per dichiarazioni mendaci, della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75 e dei controlli, anche a campione o in presenza di fondati dubbi, previsti dall'art. 71 del medesimo decreto:

- ☐ attesta che tutti i fatti, stati e qualità personali indicati sono veri e sono di propria diretta conoscenza, nei limiti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.;
- ☐ si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di Gallarate eventuali variazioni della condizione dichiarata, del periodo di permanenza/assistenza o del domicilio temporaneo;
- ☐ prende atto che l'ammissione al voto fuori sede richiede l'esito positivo dell'istruttoria e l'acquisizione della conferma del diritto di elettorato attivo dal Comune di iscrizione elettorale;
- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nel presente modello, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679;

L. DOCUMENTI CHE ACCOMPAGNANO LA DICHIARAZIONE

- ☐ Domanda ministeriale di iscrizione nell'elenco degli elettori fuori sede, debitamente compilata e sottoscritta.
- ☐ Copia del documento di riconoscimento in corso di validità (se non già allegata alla domanda ministeriale o se necessaria ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.).
- ☐ Altro documento facoltativamente prodotto (specificare): \_\_\_\_\_

La dichiarazione sostitutiva riguarda i fatti legalmente autocertificabili. Per le condizioni sanitarie non è richiesto di descrivere diagnosi o trasmettere cartelle cliniche in questa sede; resta ferma la disciplina dell'art. 49 del D.P.R. 445/2000 sui certificati medici e sanitari e la possibilità di verifiche istruttorie nei limiti di legge.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma leggibile del/la dichiarante \_\_\_\_\_

Modalità di sottoscrizione/presentazione: firma in presenza dell'addetto oppure dichiarazione firmata e accompagnata da copia del documento di identità, salvo modalità telematiche valide secondo la normativa vigente.

RISERVATO ALL'UFFICIO ELETTORALE

*La seguente sezione non deve essere compilata dal cittadino*

Protocollo istanza n.: \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_

Operatore istruttore: \_\_\_\_\_ Data ricezione: \_\_\_\_\_

- ☐ Domanda ministeriale pervenuta   ☐ Autodichiarazione firmata   ☐ Identità verificata
- ☐ Regioni diverse   ☐ Termine rispettato   ☐ Durata minima soddisfatta   ☐ Data voto compresa (cura/ass.)
- ☐ Verifica istruttoria approfondita necessaria   ☐ Richieste di integrazione / riscontri in corso

Riferimenti richieste inviate agli enti dichiarati (PEC/protocollo/data) \_\_\_\_\_

Riscontri: \_\_\_\_\_

Conferma elettorato attivo del Comune di iscrizione: ☐ Acquisita in data \_\_\_\_\_ ☐ Da acquisire

Esito: ☐ Requisiti apparentemente integrati   ☐ Da integrare   ☐ Non ammissibile (motivazione separata)