



Comune (Freguesia):

IT

Ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.L. n. 408/94, convertito in legge dall'art. 1, comma 1, L. 483/94 e modificato dall'art. 15 L. 128 del 24 Aprile 1998,
IL/LA SOTTOSCRITTO/A

PT

De acordo com o artº. 2.º, n.º 2, do D.L. n.º 408/94, aprovado pelo art.º 1.º, n.º 1, da Lei n.º 483/94 e alterado pelo art.º 15.º da Lei n.º 128 de 24 de abril de 1998
EU, ADAIXO ASSINADO

Cognome (Sobrenome):

Nome (Nome próprio):

Cognome da nubile (Nome de solteira):

Nome di padre (Nome do pai):

Nome della madre (Nome da mãe):

Sesso (Sexo): M

☐

F

☐

Data di nascita (Data de nascimento):

DD/MM/YYYY

Luogo di nascita (Naturalidade):

Stato di nascita (País de nascimento):

Nazionalità (Nacionalidade):

la collettività locale o circoscrizione dello Stato membro di origine nelle cui liste elettorali è iscritto (Comissão recenseadora/freguesia do Estado-Membro de origem onde esteve inscrito):

è iscritto in qualità di elettore alle elezioni del Parlamento europeo del 2024 in (indicare lo Stato membro) (Está inscrito na qualidade de eleitor para votar nas eleições para o Parlamento Europeu 2024 em (Indicar o Estado-Membro)):

Carta di Identità (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade):

Numero nazionale (N.º de identificação civil):

Numero elettorale (Número de Eleitor):

Indirizzo nello Stato membro di origine (Morada no Estado-Membro de origem):

Indirizzo completo in questo Comune (Morada completa nesta freguesia):

IT

DICHIARA di volere esercitare esclusivamente in Italia il diritto di voto per le elezioni dei membri del Parlamento europeo spettanti all'Italia e di possedere la capacità elettorale nel proprio Stato di origine.
DICHIARA, altresì, che non vi è a suo carico alcun provvedimento giudiziario che comporti, per il suo Stato di origine, la perdita dell'elettorato attivo.

PT

DECLARO por minha honra que apenas exercerei o direito de voto nas eleições para o Parlamento Europeu em Itália e que possuo capacidade eleitoral ativa no meu Estado-Membro de origem.
Mais, DECLARO, que não estou abrangido por incapacidades eleitorais no Estado-Membro de origem.

Data (Data):

DD/MM/YYYY

Firma (Assinatura):