



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SOS AFÀRIOS GENERALES, PERSONALE E REFORMA DE SA REGIONE
ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI, PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE

Comune di Sorso
Consultazioni elettorali per il turno delle elezioni regionali del 24 Febbraio 2019.
Rimborso spese viaggio agli elettori residenti all'estero (AIRE)

I PARTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

emigrato in _____, e-mail _____

pec _____ tel. _____

dichiara di aver votato per le su indicate elezioni e di aver diritto al contributo di cui al terzo comma dell'art. 2 della L.R. 12/03/1984, n. 9 e successive modificazioni ed integrazioni.

Sorso, li _____	Firma richiedente (leggibile) _____
-----------------	--

II PARTE

La sottoscritta _____ Funzionario incaricato da questo Comune, accertato che

il/la suddetto/a elettore/elettrice risulta residente al seguente indirizzo: _____

attesta:

- di aver accertato che il viaggio di arrivo è avvenuto entro i termini previsti per legge, e che dai biglietti presentati si deduce che il viaggio di ritorno avverrà entro i due mesi successivi alla data di queste elezioni;
- che l'elettore ha esibito la tessera elettorale, vidimata dalla corrispondente Sezione elettorale documentante l'avvenuta votazione;
- che presso gli Uffici di questo Comune sono giacenti le copie conformizzate dei sotto elencati biglietti, a disposizione dell'Amministrazione Regionale per qualsiasi controllo dovesse effettuare, ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- che le spese complessive, sostenute dall'elettore per l'intero viaggio, previa verifica dei requisiti, saranno accreditate successivamente su conto corrente o altre forme di pagamento comunicate dallo stesso.

Viaggio di arrivo

n° di serie	Compagnia di viaggio	Tratta	Data di svolgimento del viaggio

Viaggio di ritorno

n° di serie	Compagnia di viaggio	Tratta	Data di svolgimento del viaggio

Sorso, li

Il Funzionario incaricato

(timbro e firma)

III PARTE

Il/La sottoscritto/a _____ **DICHIARA** di aver richiesto il pagamento del rimborso, mediante:

Bonifico bancario su C/C intestato a:

IBAN _____

SWIFT _____

BIC _____

ABA (solo per USA) _____

Pagamento in contanti c/o gli uffici del Comune di Sorso

Sorso li _____	Firma richiedente (leggibile) _____
----------------	--

***Si allega copia fotostatica documento identità e CODICE FISCALE del beneficiario del contributo**