

Referendum contro i tagli ai sussidi di cassa malati

DOMANDA DI REFERENDUM

Le/i sottoscritte/i cittadine/i aventi diritto di voto in materia cantonale, richiamati l'art. 42 della Costituzione della Repubblica e Cantone Ticino e gli artt. 112 e segg. della Legge sull'esercizio dei diritti politici (LEDP), con questo referendum chiedono che la modifica della Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) approvata dal Gran Consiglio in data 11.12.2024 e pubblicata sul Foglio ufficiale no. 241 del 16.12.2024 venga sottoposta e referendum popolare.

COMUNE	NPA		
Cognome /Nome (di proprio pugno e preferibilmente in stampatello)	Data di nascita (giorno / mese / anno)	Firma autografa	Controllo (Lasciare in bianco)

Scadenza del termine di referendum: 14 febbraio 2025

AVVERTENZA (art. 96 LEDP)

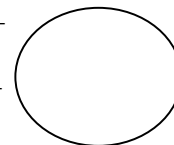
- L'avente diritto di voto appone la propria firma autografa accanto alle sue generalità, le quali devono figurare scritte a mano e leggibili su una lista intestata al proprio Comune di domicilio.
- L'avente diritto di voto incapace di scrivere può fare iscrivere il proprio nome e cognome da una persona di sua scelta. Questa firma in suo nome e mantiene il silenzio sul contenuto delle istruzioni ricevute; in questo caso nella colonna «firma autografa», iscrive in stampatello il proprio nome con l'indicazione «per ordine» e appone la propria firma.
- Egli può firmare una sola volta la stessa domanda.
- Chiunque contravviene a quanto prescritto dal cpv. 3 è punito dalla Cancelleria dello Stato con una multa fino ad un massimo di 1'000 franchi, riservate le sanzioni previste dal Codice penale svizzero. - (art. 95 lett. f. LEDP) È punibile con una pena detentiva sino a tre anni o con una pena pecuniaria di chi commette i reati di corruzione elettorale (art. 281 Codice penale svizzero) o di frode elettorale (art. 282 Codice penale svizzero).

Si attesta che i summenzionati _____ (numero) firmatari del referendum hanno diritto di voto in materia cantonale ed esercitano i diritti politici nel Comune summenzionato.

Luogo: _____ Firma autografa: _____

Bollo ufficiale

Data: _____ Qualità ufficiale: _____



Questo formulario, anche incompleto, dovrà essere rispedito il più presto possibile (e non oltre il 30 Gennaio 2025) a: MPS – casella postale 2320 – 6501 Bellinzona