

(1) \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI ELETTORE ATTESTANTE LA VOLONTÀ DI ESPRIMERE IL VOTO NEL LUOGO DI CURA

\_\_\_\_l\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
iscritt \_\_\_\_ nella lista della sezione n. \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di voler esercitare il diritto di voto per i comizi elettorali del 8-9 Giugno 2024, presso il luogo di cura sopraindicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

IL<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

### ATTESTA

che la persona sopraindicata è ricoverata presso questo luogo di cura.

Data \_\_\_\_\_  
Timbro  
IL<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI**

Si invia la presente richiesta di voto nel luogo di degenza con preghiera di rimettere, nei termini fissati dalla legge, l'attestazione che autorizza \_\_\_\_l\_\_\_\_ richiedente all'esercizio del diritto elettorale presso questo luogo di cura.

\_\_\_\_\_  
Firma

(1) Indicazione del luogo di cura.

(2) Scrivere "il direttore sanitario" per ospedali e case di cura oppure la qualifica del responsabile di comunità terapeutiche e case di riposo.