

(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 \_\_\_\_\_,  
 presso il luogo di cura sopraindicato.

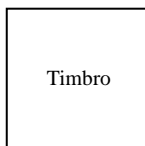
Data \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

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

### A T T E S T A

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

Data \_\_\_\_\_



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

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 \_\_\_\_\_

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ'

(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.