

DICHIARAZIONE ATTESTANTE la VOLONTÀ di ESPRIMERE il VOTO nel LUOGO di CURA

____ I ____ sottoscritt _____
 nat ____ a _____ il _____
 residente nel Comune di _____
 in via _____ n. _____
 tessera elettorale n. _____ sezione n. _____ del Comune di _____

DICHIARA

di voler esercitare il diritto di voto per i comizi elettorali del _____,
 presso il luogo di cura sottoindicato.

Data _____

FIRMA

Allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38, D.P.R. n. 445/2000).

(1) _____

IL⁽²⁾ _____

ATTESTA

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

Data _____



IL⁽²⁾ _____

Prot. n. _____

Al Signor Sindaco del Comune di
PORTO TOLLE

Visto: si trasmette con preghiera di rimettere, nei termini fissati dalla legge, l'attestazione di aver incluso il/la richiedente nell'apposito elenco prescritto dalle vigenti disposizioni.

Data _____

IL⁽³⁾ _____

(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.

(3) Indicare la qualifica del mittente.