

(1) Luogo di cura: _____

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 _____

D I C H I A R A

di voler esercitare il diritto di voto per i referendum popolari abrogativi del 8-9 Giugno 2025, presso il luogo di cura sopraindicato.

Data _____

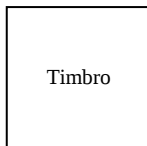
Firma

IL⁽²⁾

A T T E S T A

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

Data _____



IL⁽²⁾

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.