

Spett.le
SINDACO del COMUNE
di _____

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 POGGIBONSI, trovandosi ricoverato presso
_____.

DICHIARA

di voler esercitare il diritto di voto per i comizi elettorali del 26.05.2019

Data _____

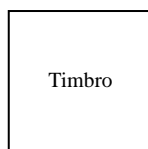
Firma

IL⁽²⁾ _____

A T T E S T A

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

Data _____



IL⁽²⁾ _____

Data _____

**AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI
POGGIBONSI**

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.