

**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).

OSPEDALE _____

IL DIRETTORE SANITARIO

ATTESTA

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

Data _____

Timbro

IL DIRETTORE SANITARIO

Prot. n. _____

Al Signor Sindaco del Comune di
ALBANO SANT'ALESSANDRO

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 DIRETTORE SANITARIO