

(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 MERCATO SARACENO

**D I C H I A R A**

di voler esercitare il diritto di voto per i comizi elettorali del 8 e 9 Giugno 2025 , presso il luogo di cura sopraindicato.

Data \_\_\_\_\_

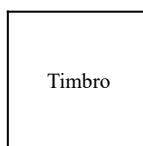
\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**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>** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI  
MERCATO SARACENO**

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.