

(1) _____

**DICHIARAZIONE DI ELETTORE ATTESTANTE LA
VOLONTÀ
DI ESPRIMERE IL VOTO NEL LUOGO DI CURA**

____1____ 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 _____

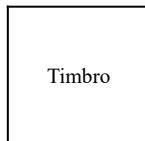
Firma

IL⁽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
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 ____1____ 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.