

.....
(Timbro lineare del luogo di cura)

VOTAZIONI DEI GIORNI

**Dichiarazione di elettore recante la volontà di esercitare
il diritto di voto in luogo di cura**

Al Sig. Sindaco del Comune di

Il/La sottoscritto/a

M ☐ F ☐ nato/a a

il/...../....., residente in

Via, n.

tessera elettorale n.

sezione n. del Comune di

ricoverato/a presso

DICHIARA

- di voler esercitare il proprio diritto di voto per le consultazioni dei giorni,
nel luogo di cura sopraindicato.

- di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Data/...../.....

Il/La dichiarante

IL DIRETTORE SANITARIO

ATTESTA

che l'elettore/l'elettrice sopraindicato/a è ricoverato/a presso questo luogo di cura

(precisare divisione, reparto, ecc.)

Data/...../.....

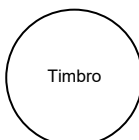
Il Direttore sanitario

Prot. N.

Data/...../.....

Visto: si trasmette al Comune di

con preghiera di rimettere, nei termini fissati dalla legge, eventualmente per telegramma o a mezzo fax (n.), la prescritta dichiarazione di aver incluso il/la richiedente nell'apposito elenco prescritto dalle disposizioni vigenti.



Il Direttore Amministrativo