

## Al Signor Sindaco del Comune di

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ATTESTANTE LA VOLONTA' DI ESPRIMERE IL VOTO NEL LUOGO DI CURA**

### DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a	
Nato/a a	il
Residente a	Via
Telefono*	E-mail*
<b>Iscritto con Tessera Elettorale:</b>	<b>N.</b>
<b>Numero di sezione:</b>	<b>N.</b>

### DICHIARA

(Art rtt. 51, 52 e 53 D.P.R. 361/1957 e art. 9 Legge n. 136/1976)

Di voler esprimere il voto per le **ELEZIONI REGIONALI del 25 FEBBRAIO 2024** presso:

la struttura ospedaliera \_\_\_\_\_

la Casa di Cura/Riposo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente \_\_\_\_\_

---

### ATTESTAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO DEL LUOGO DI CURA

Si attesta che l'elettore sopraindicato è RICOVERATO presso questa

la struttura ospedaliera \_\_\_\_\_

la Casa di Cura/Riposo \_\_\_\_\_

Cagliari \_\_\_\_\_

Il Direttore Amministrativo/Sanitario

\_\_\_\_\_