

Votazioni del giorno

Timbro del luogo di cura

**Dichiarazione di Elettore attestante la volontà di esercitare il diritto di voto
nel luogo di cura**

La/il sottoscritta/o

Nata/o a il

C.F.

Numero Tessera elettorale

Numero sezione del Comune di Residenza

Residente in prov.

In via n

Tel/cell

e.mail

DICHIARA

di voler esercitare il proprio diritto di voto per le elezioni del giorno presso il luogo di cura sopraindicato.

Data

Il/La dichiarante

Spazio riservato al DIRETTORE SANITARIO del luogo di cura

Il Direttore Sanitario

ATTESTA

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

Data

Il Direttore Sanitario

Spazio riservato al DIRETTORE AMMINISTRATIVO del luogo di cura

Prot. N.

Data

VISTO

Si attesta che il dichiarante

E' ospitato in questa Casa di cura.

Si trasmette al Comune di Pesaro, Ufficio Elettorale, Viale Don Minzoni n.3 - 61121 Pesaro, con preghiera di voler trasmettere alla Casa di cura, la dichiarazione di aver incluso il richiedente nell'apposito elenco, nei termini fissati dalla legge, secondo le disposizioni vigenti.

Indirizzo PEC o e.mail:

oppure via fax n

Il Direttore Amministrativo