



COMUNE DI CAGLIARI
Servizi Demografici, Elettorale, Cimiteriale e Decentramento
Ufficio Elettorale

Al Signor Sindaco del
Comune di CAGLIARI

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*
Iscritto con Tessera Elettorale:	N.
Numero di sezione:	N.

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 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
