



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

**AI Signor Sindaco del
 Comune di CAGLIARI**

OGGETTO: DICHIARAZIONE ATTESTANTE LA VOLONTÀ 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 _____