……
(Timbro lineare del luogo di cura)

VOTAZIONI DEL ${data}

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

Al Sig. Sindaco del Comune di

Polesella

Il/La sottoscritto/a ……..
…… M ❑ F ❑ nato/a a ……..
……....……, il ...../...../....., residente in ....,
Via ……, n. ……., tessera elettorale n. ……
sezione n. …….. del Comune di Polesella,
ricoverato/a presso ……,

DICHIARA

- di voler esercitare il proprio diritto di voto per la consultazione del ${data}, 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.

Timbro

Il Direttore Amministrativo

……

eletra.12.a
Grafiche E. Gaspari