*…………………………………………………………………………………….*

*(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

Albino

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………..…………………………………........…… M ❑ F ❑ nato/a a …………………………………………………………..………….......................................……., il ....../....../............, residente in ,

Via ………………………………….……………………………, n. …….…., tessera elettorale n. …………………

sezione n. …………….. del Comune di Albino,

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.

## Il Direttore Amministrativo

………………………………………………