

.....
(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

Induno Olona

Il/La sottoscritto/a
..... M ☐ F ☐ nato/a a
....., il/...../....., residente in
Via n., tessera elettorale n.
sezione n. del Comune di Induno Olona,
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.)

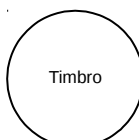
Data/...../.....

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