



P.O. Città Ospedaliera di Avellino

FAX

TEL

PEC:

Al Sig. Sindaco del Comune di

DICHIARAZIONE PER L'AMMISSIONE AL VOTO NEI LUOGHI DI DEGENZA
(Artt. 51 e 52 D.P.R. 30/3/57 n. 361 e s.m.i., art 9 legge 136/1976 e s.m.i.)

l sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

residente in _____ alla Via _____

iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____ al n. _____ d'ordine della lista

della Sezione n. _____ (come da certificato elettorale di cui è in possesso) desidera essere ammess_ a

votare presso il plesso "P.O. Città Ospedaliera", ove trovasi degente.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi dell'art 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 (G.D.P.R.), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa, autorizzandone il relativo trattamento.

Avellino, li _____

Firma _____

Si attesta che la persona di cui sopra risulta degente presso questo Presidio Ospedaliero

Reparto.....letto.....

- Il degente non può accedere alla cabina elettorale
- Necessita di voto assistito

Il Dirigente Medico di turno dell'U.O.....o del Dipartimento

Il Direttore UOC Direzione Medica dei Presidio e/o suo delegato
