Exmo. Senhor

Presidente da Câmara Municipal

de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSUNTO:** Eleição para os órgãos das autarquias locais – 12 de outubro de 2025.

 Voto antecipado dos doentes internados. Requerimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nome completo do eleitor*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o n.º de identificação civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito no recenseamento eleitoral na Freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desse Município, nos termos do n.º 1 do artigo 119.º da Lei Orgânica n.º 1/2001, de 14 de agosto, vem requerer a V. Exa. o envio da documentação necessária ao exercício do direito de voto antecipado para a seguinte morada:

\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para o efeito remete-se, nos termos da lei, os seguintes documentos**:

• **Cópia do Cartão de Cidadão**/Bilhete de Identidade ou outro documento identificativo, como Carta de Condução ou Passaporte;

• **Documento comprovativo do impedimento emitido pelo médico assistente, confirmado pela direção do estabelecimento hospitalar.**

Com os melhores cumprimentos,

 (assinatura)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* morada (indicando freguesia e concelho) do estabelecimento hospitalar.

**NOTA:** ESTE REQUERIMENTO TEM DE DAR ENTRADA NA CÂMARA MUNICIPAL O MAIS TARDAR **ATÉ 22 DE SETEMBRO**.