

VOTAÇÃO

No ato de votação, em condições que garantam o segredo de voto, o eleitor:

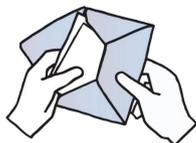
1 Preenche o boletim de voto e dobra-o em quatro;



2 Introdúz o boletim no envelope branco, que fecha;



3 Introdúz o envelope branco no envelope azul, que fecha.



O envelope azul é preenchido de forma legível e depois é selado com uma vinheta de segurança.

O Presidente da Câmara entrega ao eleitor o duplicado da vinheta aposta no envelope azul, que serve de **comprovativo** do exercício do direito de voto.



**ELEIÇÕES
EUROPEIAS**
9 junho 2024
#eleicoeseuropeias2024

VOTO ANTECIPADO DOENTES INTERNADOS



www.sg.mai.gov.pt
Praça do Comércio, Ala Oriental
1149-015 Lisboa

Tel.: 213 947 100

Linha de apoio ao eleitor: 808 206 206
adm.eleitoral@sg.mai.gov.pt



SE ESTÁ DOENTE E INTERNADO

Num estabelecimento hospitalar e, por esse motivo, está impedido de se deslocar à assembleia de voto no dia da eleição, pode votar antecipadamente.

PARA VOTAR ANTECIPADAMENTE

ATÉ 20 DE MAIO

Deve REQUERER à Administração Eleitoral da Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna, por via postal ou por meio eletrónico (<https://www.votoantecipado.pt/>), o exercício do direito de voto antecipado indicando o n.º de identificação civil.

JUNTO COM O REQUERIMENTO DEVE ENVIAR:

► **Documento comprovativo do impedimento** passado pelo médico assistente e confirmado pela direção do estabelecimento hospitalar.

VOTAÇÃO ENTRE 27 E 30 DE MAIO

Deve aguardar, em dia e hora previamente anunciados, a presença do Presidente da Câmara Municipal, ou do seu representante, no estabelecimento hospitalar, para exercer o seu direito de voto.

VOTO ANTECIPADO MODELO DE REQUERIMENTO

VIA POSTAL

Exmo. Senhor
Secretário-Geral do
Ministério da Administração Interna
Praça do Comércio,
Ala Oriental,
1149-015 LISBOA

ASSUNTO: Eleição para o Parlamento Europeu - 9 de junho de 2024.

Voto antecipado de doentes internados.

(Nome completo do eleitor), nascido a ____/____/____,
com o n.º de identificação civil _____, com morada
em _____, com
o endereço de correio eletrónico _____
e telefone/telemóvel n.º _____, vem manifestar a
intenção de votar antecipadamente no Estabelecimento
Hospitalar _____
em _____.

Para o efeito, remete nos termos da lei, o **documento comprovativo do impedimento** passado pelo médico assistente e confirmado pela direção do estabelecimento hospitalar.

Com os melhores cumprimentos.

(assinatura)

NOTA: Este modelo tem de dar entrada na SGMAI até ao dia 20 de maio.