

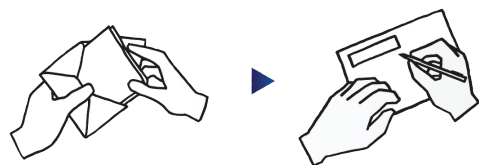
VOTAÇÃO

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

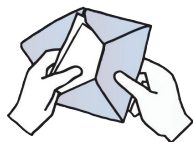
- 1 **Preenche o boletim de voto** e dobra-o em quatro;



- 2 **Introduz o boletim no envelope branco**, que fecha;



- 3 **Introduz 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, e providencia pelo seu encaminhamento à respetiva junta de freguesia, para ser entregue ao presidente da mesa onde o eleitor se encontra inscrito, até às 8 horas do dia 26 de maio.



**ELEIÇÕES
EUROPEIAS**
26 maio 2019
#eleicoeseuropeias2019

VOTO ANTECIPADO DOENTES INTERNADOS



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 6 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.mai.gov.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.

ENTRE 13 E 16 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-26 de maio de 2019

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 6 de maio.