

ISTANZA diretta

Al Sig. Responsabile ASL
(LOCALE)

Oggetto: Certificazione medica per l'esercizio del voto a domicilio, in occasione delle consultazioni elettorali " Referendum del "28 maggio 2017" -

(D.L. 03.01.06 n. 1 come modificato dalla Legge 27.01.06 n. 22 art. 1 e dalla Legge 07.05.09 n. 46).

(Voto domiciliare per elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e domiciliato a Quarto in via _____ n. _____

n. telefonico: _____

chiede

il rilascio della certificazione indicata in oggetto.

A tal fine allega:

1. copia del documento di identità non scaduto;
2. la seguente documentazione sanitaria:

Distinti saluti.

In Fede
