

**Istanza diretta
Al Sig. Responsabile ASL
(LOCALE)**

Oggetto: Richiesta rilascio certificazione medica per l'esercizio del voto a domicilio, in occasione delle Consultazioni Elettorali "Referendum Abrogativi del 12 giugno 2022"

(D.L. 03.01.06 n. 1 come modificato dalla Legge 27.01.06 n. 22 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 in corso di validità;
2. la seguente documentazione sanitaria:

Distinti saluti.

Quarto li _____

In Fede
