

**Istanza diretta**  
**Al Responsabile ASL**  
**NAPOLI 2 NORD**  
**(LOCALE)**  
**Distretto Sanitari 38 Quarto (NA)**

Oggetto: Richiesta rilascio certificazione medica per l'esercizio del voto a domicilio, in occasione delle Consultazioni Elettorali "Elezioni del Parlamento Europeo del 08 e 09 giugno 2024"

(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

\_\_\_\_\_