

**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 Popolare Confermativo ed Elezioni Regionali del 20/21 settembre 2020"

(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

---