

Al Sig. Responsabile ASL
(LOCALE)

Oggetto: Richiesta rilascio certificazione medica per l'esercizio del voto a domicilio, in occasione delle **“ELEZIONE DEI MEMBRI DEL PARLAMENTO EUROPEO SPETTANTI ALL'ITALIA del 26 maggio 2019”**

(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 _____ domiciliato a _____

in via _____ n. _____ tel: _____

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.

In Fede
