



ASL 3 GENOVESE
S.C.MEDICINA LEGALE
Via Bertani 4
16125 GENOVA

PROT. N° _____ DEL _____

fax 010 8498753
email: medicina.legale@asl3.liguria.it
posta certificata: protocollo@pec.asl3.liguria.it

OGGETTO: ISTANZA VOTO DOMICILIARE PER ELETTORI AFFETTI DA GRAVISSIME INFERMITA'

Il / La sottoscritto / a _____

nato a _____ il _____

Residente
in Via _____

comune _____ cap _____

Cellulare _____ Telef. _____

Essendo affetto dalla seguente infermità fisica:

chiede
la visita domiciliare
per il rilascio della certificazione prevista dalla legge 27/01/06, n. 22.

In fede

(firma)