U.O.C Medicina Legale

Sede di L’Aquila

Oggetto : richiesta accertamento ai fini dell’ammissione al voto domiciliare

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede l’intervento di codesta Asl per il rilascio della attestazione da presentare al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’ammissione al voto domiciliare.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

NOTA: Il presente modello deve essere consegnato, unitamente a copia del documento di riconoscimento dell’interessato, al servizio di **Medicina Legale**, Ospedale “San Salvatore” - Edificio 12 Ingresso A - oppure tramite posta elettronica ai seguenti indirizzi mail: dpalmieridelbeato@asl1abruzzo.it; lcola@asl1abruzzo.it