

Al Sig. Responsabile  
S.S.D. Medicina Legale  
Via Romagna 16  
Cittadella della Salute  
09100 – CAGLIARI

Fax 070.4744.3896  
070.4744.3829

Oggetto: Certificazione medica per l'esercizio del voto a domicilio, in occasione delle consultazioni elettorali del 5 giugno 2016 (articolo 1 del decreto-legge n. 1/2006, convertito dalla legge n. 22/2006 e modificato dalla legge 7 maggio 2009, n. 46)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e domiciliato a \_\_\_\_\_ 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.

Cagliari, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_