

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 17 aprile 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
