

Da inoltrare tramite: **e-mail:** [medicina.legale@asl3.liguria.it](mailto:medicina.legale@asl3.liguria.it)  
**fax** 010 8498753  
**posta certificata:** [protocollo@pec.asl3.liguria.it](mailto:protocollo@pec.asl3.liguria.it)  
**consegna presso:** U.R.P. ASL 3 GENOVESE

Asl 3 Genovese  
S.C. Medicina Legale  
Via Bertani, 4  
16125 GENOVA

**PROT. N°** \_\_\_\_\_ **DEL** \_\_\_\_\_

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

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chiede

**visita domiciliare**

per il rilascio della certificazione prevista dall'articolo 1 del D.L. n. 1/2006, convertito con modificazioni dalla Legge n. 22/2006, e modificato dalla Legge 46/2009.

**Allega:**

- **Certificato medico attestante le patologie**
- **Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità (art.38, comma 3, D.P.R. n. 445/2000)**

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo n. 2016/679 e norme attuative (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono stato/a informato/a del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita medica, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche ad opera di personale autorizzato ed istruito da questa Azienda Sanitaria Locale, secondo le vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile