



Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Struttura Complessa MEDICINA LEGALE
DIRETTORE: DOTT.SSA TIBERIA BOCCARDO

PROT. N° _____ DEL _____

DA FAR PERVENIRE COME SOTTOINDICATO:

fax 010 8498753

email: medicina.legale@asl3.liguria.it

posta certificata: protocollo@pec.asl3.liguria.it

U.R.P. ASL 3 GENOVESE

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

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in Via _____

Comune _____ CAP _____

Cellulare _____ telefono _____

Essendo affetto dalla seguente infermità fisica:

Chiede la visita domiciliare

per il rilascio della certificazione prevista dall'articolo 1 del decreto-legge n. 1/2006 convertito dalla legge n. 22/2006 e modificato dalla legge 46/2009.

Genova,

in fede

Firma

Allegare fotocopia documento in corso di validità