

Alla A.S.L. n. 3 "Genovese"

U.O. MEDICINA LEGALE

Via Bertani, n. 4

16125 GENOVA

FAX: 010/344.6613

e-mail: medicina.legale@asl3.Liguria.it

OGGETTO: VOTO DOMICILIARE PER ELETTORI IN DIPENDENZA VITALE DA APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI O INTRASPORTABILI IN QUANTO AFFETTI DA GRAVISSIME INFERMITA'

Il/La sottoscritt _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

telefono: _____ cell.: _____

essendo affetto dalla seguente infermità fisica: _____

che comporta

-la dipendenza continuativa e vitale dalla seguente apparecchiatura elettromedicale:

-la mia non trasportabilità presso il seggio elettorale

chiedo

all'U.O. Medicina Legale della ASL 3 "Genovese" **la visita domiciliare**

per il rilascio della certificazione prevista dalla legge 27/01/2006, n. 22 integrata dalla Legge n. 46 del 07/05/09 "Estensione del diritto di voto domiciliare ad altre categorie di elettori intrasportabili".

In fede.

(firma)