

- Al Dir.te Resp.le UOS Medicina Legale e II.CC.  
Distretto Sanitario di Telesse Terme – ASL BN

**Oggetto : Richiesta di certificato per " voto a domicilio" –  
Elezioni Comunali del 10.06.2018 .**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_,  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_,

- volendo esercitare il proprio diritto di voto alle Consultazioni Elettorali Comunali del 10.06.2018
- ritenendo di trovarsi nelle condizioni di cui alla legge 7 maggio 2009 n° 46, poiché affetto/a da gravissima infermità tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi di cui alla Legge 5 febbraio 1992 n° 104, all'art.29,

**CHIEDE**

che venga effettuata visita domiciliare per accertamento delle sue condizioni di salute per rilascio certificazione medico legale di "voto a domicilio" ed allega alla presente :

- copia del documento di identità personale,
- copia della tessera elettorale,
- copia di verbale Inv. Civile – Grave handicap – certificazione specialistica Struttura pubblica .

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Con osservanza

\_\_\_\_\_