

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_ CHIEDO

PER IL SIG. \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_

TEL . \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

LA VISITA DI UN MEDICO DELLA ZONA DISTRETTO VALLE DEL SERCHIO PER L'EVENTUALE RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE RELATIVA AL VOTO DOMICILIARE.

\* SI ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

DATA

FIRMA