

Al Sig. Responsabile
S.S.D. Medicina Legale
Cittadella della Salute
Via Romagna 16 – padiglione D
09127 – CAGLIARI

Fax 070 / 4744.3896

Oggetto: Certificazione medica per l'esercizio del voto a domicilio (D.L. 03.01.06 n.1, come modificato dalla Legge 27.01.06 n.22 art.1 e dalla Legge 07.05.09 n.46).

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ il _____,

e domiciliato a _____ via _____

_____ n. _____,

n. telefonico: _____

chiede il rilascio della certificazione indicata in oggetto.

A tal fine allega:

1. copia del documento di identità non scaduto;
2. la seguente documentazione sanitaria: _____

Distinti saluti.

_____ li _____

In fede
