



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