

Oggetto : richiesta accertamento ai fini dell'ammissione al voto domiciliare

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Il _____

e residente in _____ Via _____

recapito telefonico _____ chiede l'intervento di codesta Asl

per il rilascio della attestazione da presentare al Comune di _____ per

l'ammissione al voto domiciliare.

Data _____

Firma

NOTA: Il presente modello deve essere consegnato al servizio di **Medicina Legale** in Via Orazio Mattei n. 6 angolo Via XX Settembre Avezzano, oppure inviato tramite **fax** allo **0863/499860** o in alternativa è possibile inviare lo stesso al seguente indirizzo mail: **medicinalegaleaz@asl1abruzzo.it**