

Spett.le
ASL 3 "GENOVESE"
S.C. MEDICINA LEGALE
Via Bertani, 4
16125 GENOVA

Fax: 010 8499619
e-mail: medicina.legale@asl3.liguria.it

**OGGETTO: VOTO DOMICILIARE PER ELETTORI AFFETTI DA GRAVISSIME
INFERMITA'.**

Il / La sottoscritto / a _____

nato a _____ il _____

residente in

via _____

telefono _____ cellulare _____

Essendo affetto dalla seguente infermità fisica:

chiedo
alla S.C. Medicina Legale della ASL 3 "Genovese"
la visita domiciliare
per il rilascio della certificazione prevista dalla legge 27/01/06, n. 22.

In fede

(firma)