



Sistema Sanitario Regione Liguria

[www.asl3.liguria.it](http://www.asl3.liguria.it)

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
Struttura Complessa MEDICINA LEGALE  
DIRETTORE: DOTT.SSA TIBERIA BOCCARDO

PROT. N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

**DA FAR PERVENIRE COME SOTTOINDICATO:**

**fax** 010 8498753

**email:** [medicina.legale@asl3.liguria.it](mailto:medicina.legale@asl3.liguria.it)

**posta certificata:** [protocollo@pec.asl3.liguria.it](mailto:protocollo@pec.asl3.liguria.it)

**U.R.P. ASL 3 GENOVESE**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Essendo affetto dalla seguente infermità fisica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Chiede la visita domiciliare**

per il rilascio della certificazione prevista dall'articolo 1 del decreto-legge n. 1/2006 convertito dalla legge n. 22/2006 e modificato dalla legge 46/2009.

Genova,

in fede

\_\_\_\_\_  
Firma

**Allegare fotocopia documento in corso di validità**