

U.O.C Medicina Legale

Sede di Avezzano

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, unitamente a copia del documento di riconoscimento dell'interessato, al servizio di **Medicina Legale** in Via Orazio Mattei n. 6 angolo Via XX Settembre Avezzano, oppure tramite posta elettronica al seguente indirizzo mail: siespaz@asl1abruzzo.it o medicinalegaleaz@asl1abruzzo.it.