



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Distretto Sanitario Alto Sannio Fortore Sede San Bartolomeo in Galdo
U.O.S. Assistenza Sanitaria – Ufficio Medicina Legale
Telefono: 0824823238
Mail: medicinalegale.bne@aslbenevento1.it
Pec: medicinalegale.bne@pec.aslbenevento.it

Al Dirigente UOS Assistenza Sanitaria

Oggetto: richiesta certificazione per voto domiciliare .

Sig....., nato il / / a
iscritto nelle liste elettorali Comune di ed ivi residente
in via.....n. * tel.....

Il sottoscritto..... nato il / / a
.....e residente in.....

in qualità di

- Familiare /altro (specificare).....
- Diretto interessato

Chiede

IL RILASCIO CERTIFICAZIONE PER VOTO DOMICILIARE, AI SENSI

LEGGE 27/02/2006 N. 22 (voto domiciliare per elettori dipendenti in maniera continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali)

LEGGE 07/05/2009 N. 46 (voto domiciliare per elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione, anche con l'ausilio dei servizi art 29 della L.1043/92, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data del certificato...)

allega alla presente copia del doc. di riconoscimento proprio (in caso la domanda venga presentata non direttamente dall'interessato) e dell'interessato e la documentazione sanitaria in suo possesso.

Precisa di essere rintracciabile al n. di tel. (fisso e/o cell.)

FIRMA

* nel caso l'interessato non sia reperibile all'indirizzo indicato, la domanda si intende annullata e la visita non sarà ripetuta.