



REGIONE CAMPANIA  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO**  
Distretto Socio Sanitario Alto Sannio Fortore 11

U.O.S. Assistenza Sanitaria

Mail: [medicinalegale.bne@aslbenevento1.it](mailto:medicinalegale.bne@aslbenevento1.it)  
Pec: [medicinalegale.bne@pec.aslbenevento.it](mailto: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.