

IO SOTTOSCRITTO _____
IN QUALITA' DI _____ CHIEDO
PER IL SIG. _____
NATO/A _____ IL _____
RESIDENTE IN VIA _____ N. _____
COMUNE DI _____
TEL . _____ CELL. _____

LA VISITA DI UN MEDICO DELLA ZONA DISTRETTO VALLE DEL SERCHIO PER L'EVENTUALE RILASCIO DELLA
CERTIFICAZIONE RELATIVA AL VOTO DOMICILIARE.

* SI ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

DATA

FIRMA