

ISTANZA diretta all' ASL NAPOLI 2 NORD

**Al Sig. Responsabile ASL
(LOCALE)**

Quarto (NA)

**Oggetto: Certificazione medica per l'esercizio del voto a domicilio, in occasione
delle Consultazioni Referendarie dell' 8 e 9 giugno 2025**

(D. L. 03.01.06 n. 1 come modificato dalla Legge 27.01.06 n. 22 art. 1 e dalla Legge 07.05.09 n. 46).

(Voto domiciliare per elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile
l'allontanamento dall'abitazione)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in Quarto alla via _____ n. _____

n. telefonico: _____

CHIEDE

il rilascio della certificazione indicata in oggetto.

A tal fine allega:

1. copia del documento di identità non scaduto;
2. la seguente documentazione sanitaria:

Distinti saluti.

In Fede
