

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