

Il/la sottoscritto/a nato/a a
..... (.....) il
residente a (.....) in Via
..... n° Tel. n. Tel. cellulare n.
e-mail Medico di medicina
generale Dr. Tel. n.
Tel. cellulare n. dichiara di voler esprimere il voto presso il proprio domicilio in
quanto trovasi nella condizione di isolamento (isolamento fiduciario o trattamento domiciliare) rispetto
all'infezione da SARS-CoV-2, pertanto chiede attestazione sanitaria utile al suddetto fine, con il consenso al
trattamento del dato per l'espressione del voto domiciliare.

Data

In fede

.....

Allega:

- documento di identità
- certificato elettorale
- Test diagnostico di positività per virus SARS-Cov-2