

Alla ASL Viterbo  
U.O.S.D. Medicina Legale  
Via Enrico Fermi, 15  
Viterbo

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