



Sistema Sanitario Regione Liguria

[www.asl3.liguria.it](http://www.asl3.liguria.it)

PROT. N°

ASL 3 GENOVESE  
S.C.MEDICINA LEGALE  
Via Bertani 4  
16125 GENOVA

DEL

fax 010 8498753  
email: [medicina.legale@asl3.liguria.it](mailto:medicina.legale@asl3.liguria.it)  
posta certificata: [protocollo@pec.asl3.liguria.it](mailto:protocollo@pec.asl3.liguria.it)

**OGGETTO: ISTANZA VOTO DOMICILIARE PER ELETTORI AFFETTI DA GRAVISSIME INFERMITA'**

Il / La sottoscritto / a

nato a

il

Residente  
in Via

comune

CAP

Cellulare

Telef.

Essendo affetto dalla seguente infermità fisica:

chiede

**la visita domiciliare**

per il rilascio della certificazione prevista dalla legge 27/01/06, n. 22.

In fede

GENOVA,

(firma)