Da inoltrare tramite: **e-mail:** medicina.legale@asl3.liguria.it

**fax** 010 8498753

**posta certificata:** protocollo@pec.asl3.liguria.it

 Asl 3 Genovese

 S.C. Medicina Legale

 Via Bertani, 4

 16125 GENOVA

 **PROT. N°** **DEL**

OGGETTO: **ISTANZA VOTO DOMICILIARE PER ELETTORI AFFETTI DA**

**GRAVISSIME INFERMITA’**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede

**visita domiciliare**

per il rilascio della certificazione prevista dall’articolo 1 del D.L. n. 1/2006, convertito con modificazioni dalla Legge n. 22/2006, e modificato dalla Legge 46/2009.

**Allega:**

* **Certificato medico attestante le patologie**
* **Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità (art.38, comma 3, D.P.R. n. 445/2000)**

**Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo n. 2016/679 e norme attuative (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono stato/a informato/a del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita medica, tutelati dal segreto d’ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche ad opera di personale autorizzato ed istruito da questa Azienda Sanitaria Locale, secondo le vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall’obbligo del segreto d’ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.**

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma leggibile