

Domanda di voto a domicilio causa Covid-19 (1)
(D.L. n. 103/2020 art. 3)

Al Sig. Sindaco di **MONTE SAN GIOVANNI CAMPANO**

Io sottoscritto / a _____ nato a il _____ residente
nel Comune di _____ in Via _____ n. _____
telefono n. _____, a causa di Covid-19:

- sottoposto al trattamento domiciliare;
- in condizioni di quarantena;
- in isolamento fiduciario

D I C H I A R O

la volontà di esprimere il voto per la consultazione elettorale del 03 e 04 ottobre 2021 presso
l'abitazione sita in via _____ n. _____ di questo Comune.

Allo scopo allego un certificato, rilasciato dal funzionario medico designato dai competenti
organi dell'Azienda Sanitaria Locale, attestante l'esistenza delle condizioni di trattamento
domiciliare o condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19.

Data _____ Firma _____

Allegare copia di un documento di identità