

DOMANDA DI VOTO A DOMICILIO PER COVID-19⁽¹⁾

(D.L. n. 103/2020 art. 3)

Al Sig. Sindaco
del Comune di MONTEGIORGIO

Io sottoscritt _____
nat _____ a _____ il _____
residente nel Comune di _____
in via _____ n. _____
telefono n. _____ trovandomi, a causa di Covid-19:

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

DICHIARO

la volontà di esprimere il voto per la consultazione elettorale del 20 e 21 settembre 2020 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⁽²⁾.

Data _____

Firma

(1) La domanda va presentata, anche per via telematica, tra il 10° ed il 5° giorno antecedente la data della votazione al Sindaco del Comune nelle cui liste elettorali si è iscritti.

(2) Il certificato non deve essere in data anteriore al 14° giorno antecedente la votazione.

(1) _____

**CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO
DEL DIRITTO DI VOTO A DOMICILIO PER COVID-19**
(D.L. n. 103/2020 ART. 3)

____ I ____ sottoscritt _____
funzionario medico designato dai competenti organi dell'Autorità Sanitaria Locale di

C E R T I F I C A

che ____ I ____ Sig. _____
nat ____ a _____ il _____
residente a _____

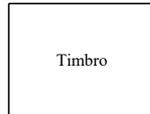
è sottoposto al trattamento domiciliare;

è in condizioni di quarantena;

è in isolamento fiduciario;

per Covid-19.

_____, li _____



IL SANITARIO

(1) Indicare la denominazione della competente Autorità Sanitaria Locale.

N.B.: Il certificato medico deve essere rilasciato gratuitamente ed in esenzione da qualsiasi diritto od applicazione di

marche; inoltre deve essere in data non anteriore al 14° giorno antecedente la votazione.