



IO SOTTOSCRITTO

_____ IN QUALITA'
DI _____ CHIEDO PER IL
SIG. _____
NATO/A _____ IL _____ RESIDENTE
IN VIA _____ N° _____
COMUNE DI _____
TEL. _____ CELL. _____

LA VISITA DI UN MEDICO DELLA ZONA DISTRETTO PIANA DI
LUCCA PER L'**EVENTUALE** RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE
RELATIVA AL VOTO DOMICILIARE .

- SI ALLEGA CARTA DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

DATA _____

FIRMA _____

Zona Distretto
Piana di Lucca
Cittadella della
Salute Via Ospedale
55100 Lucca
Tel. 0583 449898
e-mail: lu.rossi
@ushnordovest.toscana.it