

(1) _____

CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI VOTO A DOMICILIO PER COVID-19

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

____l____ sottoscritt____

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

C E R T I F I C A

che ____l____ Sig. _____

nat ____ a _____ il _____

residente a _____

☐ è sottoposto al trattamento domiciliare;

☐ è in condizioni di quarantena;

☐ è in isolamento fiduciario;

per Covid-19.

_____, lì _____

Timbro

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.