

(1) _____

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

____1____ sottoscritt____ _____

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

C E R T I F I C A

che ____1____ Sig. _____

nat____ a _____ il _____

residente a _____

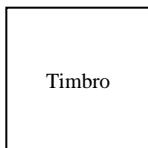
[_] è sottoposto al trattamento domiciliare;

[_] 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.