



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