DOMANDA DI VOTO A DOMICILIO PER COVID-19

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

Al Sig.Sindaco

del Comune di CITTADUCALE

I/l sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di CITTADUCALE in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trovandomi, a causa di COVID-19 :

!\_! sottoposto al trattamento domiciliare ;

!\_! in condizioni di quarantena;

!\_! in isolamento fiduciario;

D I C H I A R O

La volontà di esprimere il voto per la consultazione elettorale del REFERENDUM del 20/21 settembre 2020 presso l’abitazione sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allo scopo allego un certificato, rilasciato dal funzionario medico designato dall’ASL RI , attestante l’esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare , condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per COVID-19.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DA INVIARE A:

[comunecittaducale@viapec.net](mailto:comunecittaducale@viapec.net)

oppure a

[servizidemografici@comune.cittaducale.ri.it](mailto:servizidemografici@comune.cittaducale.ri.it)