

**Oggetto: richiesta accertamento ai fini dell'ammissione al voto domiciliare**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ chiede l'intervento di codesta Asl

per il rilascio della attestazione da presentare al Comune di \_\_\_\_\_ per

l'ammissione al voto domiciliare.

Data \_\_\_\_\_

Firma

NOTA: Il presente modello deve essere consegnato, unitamente a copia del documento di riconoscimento dell'interessato, presso:

- **area L'Aquila:** UOC di Medicina Legale sita nel Presidio Ospedaliero S. Salvatore di L'Aquila, edificio 12 ingresso A, dalle h. 9.00 alle h. 12.00, dal lunedì al venerdì o tramite mail al seguente indirizzo di posta elettronica: [dpalmieridelbeato@asl1abruzzo.it](mailto:dpalmieridelbeato@asl1abruzzo.it);
- **area Marsica:** UOC di Medicina Legale di Avezzano in via Orazio Mattei n. 6 o del Servizio IESP, presso il DSB di Avezzano in via Monte Velino n. 16, dalle h. 9.00 alle h. 13.00, dal lunedì al venerdì o tramite mail ai seguenti indirizzi di posta elettronica: [medicinalegaleaz@asl1abruzzo.it](mailto:medicinalegaleaz@asl1abruzzo.it); [siespaz@asl1abruzzo.it](mailto:siespaz@asl1abruzzo.it);
- **area Peligno-Sangrina:** UOC di Medicina Legale, sede di Sulmona, in via Gorizia n. 4 (palazzo ex Comboniani) o tramite mail ai seguenti indirizzi di posta elettronica: [medicinalegaleaz@asl1abruzzo.it](mailto:medicinalegaleaz@asl1abruzzo.it); [rpolidoro@asl1abruzzo.it](mailto:rpolidoro@asl1abruzzo.it).