



e-mail: covid19.elezioni@asp.rg.it

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento di Prevenzione
Via A.Licitra 11, 97100 – Ragusa

**RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI VOTO A
DOMICILIO PER COVID-19 (ai sensi del D. L. n. 41/2022 art. 4 comma 2 lettera b)**

Il sottoscritt _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Attualmente domiciliato a _____ in via _____

con la presente, al fine di potere espletare il voto domiciliare ai sensi del D.L. n. 41/2022 art. 4 comma 1, richiede il rilascio del certificato di cui al comma 2 lettera b del D.L. n. 41/2022, a tale fine dichiara di autorizzare l'ASP di Ragusa nella persona del medico incaricato, a dichiarare nel predetto certificato la propria condizione di soggetto positivo a covid-19.

Si allega copia di un documento di identità.

Il _____

FIRMA
