

Da inoltrare tramite: **e-mail:** medicina.legale@asl3.liguria.it
fax 010 8498753
posta certificata: protocollo@pec.asl3.liguria.it
consegna presso: U.R.P. ASL 3 GENOVESE

Asl 3 Genovese
S.C. Medicina Legale
Via Bertani, 4
16125 GENOVA

PROT. N° _____ **DEL** _____

OGGETTO: ISTANZA VOTO DOMICILIARE PER ELETTORI AFFETTI DA GRAVISSIME INFERMITA'

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in Via _____ cap _____

Comune _____ mail _____

Cellulare _____ telefono _____

Affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e:

Chiede

visita domiciliare

per il rilascio della certificazione prevista dall'articolo 1 del D.L. n. 1/2006, convertito con modificazioni dalla Legge n. 22/2006, e modificato dalla Legge 46/2009.

Allega:

- **Certificato medico attestante le patologie**
- **Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità (art.38, comma 3, D.P.R. n. 445/2000)**

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo n. 2016/679 e norme attuative (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono stato/a informato/a del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita medica, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche ad opera di personale autorizzato ed istruito da questa Azienda Sanitaria Locale, secondo le vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Data, _____

Firma leggibile