

(1) \_\_\_\_\_

**CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO  
DEL DIRITTO DI VOTO A DOMICILIO PER COVID-19**

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

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

funzionario medico designato dai competenti organi dell'Autorità Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_

**C E R T I F I C A**

che \_\_\_l\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

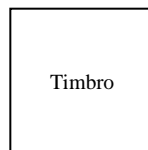
è sottoposto al trattamento domiciliare;

è in condizioni di quarantena;

è in isolamento fiduciario;

per Covid-19.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
**IL SANITARIO**

(1) Indicare la denominazione della competente Autorità Sanitaria Locale.

**N.B.: Il certificato medico deve essere rilasciato gratuitamente ed in esenzione da qualsiasi diritto od applicazione di marche; inoltre deve essere in data non anteriore al 14° giorno antecedente la votazione.**