

ASL n.1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA

U.O.C Medicina Legale

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;
- **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; siespaz@asl1abruzzo.it;
- **area Peligno-Sangrigna:** 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; rpolidoro@asl1abruzzo.it.