**Domanda di voto a domicilio causa SARS-CoV-2**  (D.L. n. 103/2020 art.3)

Al Sig. Sindaco

 del Comune di SARROCH

Io sottoscritto / a

nato/a a il

residente nel Comune di SARROCH

in via n. cap

telefono n.

sottoposto al trattamento domiciliare;

 in condizioni di quarantena;

in isolamento fiduciario

trovandomi, nella condizione rispetto all’infezione da SARS-CoV-2 nei termini che seguono:

**D I C H I A R O**

la volontà di esprimere il voto per le Elezioni Amministrative del 10 e 11 ottobre 2021 presso

l'abitazione sita in via

questo Comune.

n. di

Allo scopo allego un certificato, rilasciato dal funzionario medico designato dai competenti organi dell’Azienda per la tutela della salute (ATS), attestante l’esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare o condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per SARS-CoV-2.

Data Firma

# Allegare copia di un documento di identità