

Prot.n. _____

Lucca, li _____

Al Sindaco del Comune di:
Lucca
Altopascio
Capannori
Porcari
Montecarlo
Pescaglia
Villa Basilica

Al'Ufficio Elettorale dei Comuni
e p.c. Al Direttore Generale
Al Direttore Sanitario
Al Direttore Amministrativo
dell'Azienda Nord Ovest
Al Direttore del Presidio Ospedaliero
Ai Medici interessati
Loro Sedi -
Alla Prefettura di Lucca



Oggetto: consultazioni elettorali del 12 giugno 2022. Certificazioni medici per voto domiciliare

Buongiorno,

in vista delle prossime elezioni del 12 giugno p.v., la richiesta di visita di un medico della Zona Distretto per l'eventuale rilascio della certificazione relativa al voto domiciliare, dovrà essere presentata presso la Segreteria Zona Distretto al primo piano dell'edificio O a Campo di Marte Lucca, tutti i giorni da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle 12.00, oppure inviare una mail a segrzonalu@usl2.toscana.it, lasciando i dati della persona interessata, completi di indirizzo del domicilio e recapiti compilando il modulo allegato.

Per informazioni telefonare al n. 0583/449898 - 449636 dalle ore 10,00 alle ore 12,00.

La persona o i suoi familiari saranno contattati entro 48 ore per fissare l'appuntamento per la visita domiciliare da parte del medico incaricato.

Prossimamente invieremo i giorni e gli orari dei medici che potranno effettuare le visite per il rilascio dei certificati per gli elettori che non possono esprimere autonomamente il voto.

Cordiali saluti.

Direttore Zona Distretto Piana di Lucca
Dott. Luigi Rossi

Zona Distretto
Piana di Lucca
Cittadella della Salute
Via Ospedale
CAP 55100
Tel. 0583 449898
Fax.0583.449885
segrzonalu@uslnordovest.toscana.it

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 021985905



IO SOTTOSCRITTO _____
IN QUALITA' DI _____ CHIEDO
PER IL SIG. _____
NATO/A _____ IL _____ RESIDENTE IN
VIA _____ N° _____
COMUNE DI _____
TEL. _____ CELL. _____

LA VISITA DI UN MEDICO DELLA ZONA DISTRETTO PIANA DI LUCCA
PER L'**EVENTUALE** RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE RELATIVA AL
VOTO DOMICILIARE .

- SI ALLEGA CARTA DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

DATA

FIRMA