

Prot.n. \_\_\_\_\_

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

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

All'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](mailto:segrzonalu@usl2.toscana.it), lasciando i dati della persona interessata, completi di indirizzo del domicilio e recapiti compilando il modulo allegato.

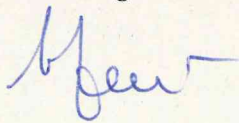
Per informazioni telefonare al n. 0583/449898 - 449636 dalle ore 10,00 alle ore 12,00.

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



Azienda USL Toscana nord ovest



Zona Distretto  
Piana di Lucca  
Cittadella della Salute  
Via Ospedale  
CAP 55100  
Tel. 0583 449898  
Fax.0583.449885  
[segrzonalu@uslnordovest.toscana.it](mailto:segrzonalu@uslnordovest.toscana.it)

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

E  
Comune di Altopascio  
Comune di Altopascio  
Protocollo N.0011030/2022 del 03/05/2022



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