………………………………………………………….………………………………………….

(Timbro lineare dell’Azienda Unità Sanitaria Locale)

**ATTESTAZIONE MEDICA AI SOLI FINI ELETTORALI**

*N. ……………………….. Data* ....../....../............

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A MEDICO**

funzionario designato dall’Azienda Unità Sanitaria Locale ai sensi dell’art. 41, comma 7, del d.P.R. 16 maggio 1960, n. 570 e successive modificazioni;

Visto l’art. 4, comma 2, lettera b) del D.L. 4 maggio 2022, n. 41 e la Circolare del Ministero dell'Interno n. 44/2022 del 5 maggio 2022;

**ATTESTA**

che ❑ l’elettore ❑ l’elettrice: *……………………….…………………………………………………………….…..*  nato/a a *…………………….…………………………………………………...........................*, il ....../....../............, in possesso della tessera elettorale n. *…………………………………* sezione n. *…………………………………* del comune di ...........................................................

 è sottoposto/a a trattamento domiciliare;

 è in condizioni di isolamento~~.~~

per COVID-19.

Si attesta altresì …………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...………………….

…………………………………………………………………………………………………………...………………….

…………………………………………………………………………………………………………...………………….

**Il sanitario**

*(firma leggibile)*

Timbro

*…………………….……………………*