

All' Unità Operativa Prevenzione Collettiva Ambito 5

ASL Napoli 3 sud

mail: [uopc5@aslnapoli3sud.it](mailto:uopc5@aslnapoli3sud.it)

pec: [uopc5@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:uopc5@pec.aslnapoli3sud.it)

Oggetto: richiesta certificato per esercitare il diritto di voto (circolare n 28/AMM/ 2021 dell'Ufficio Territoriale della Prefettura di Napoli)

Il/La sottoscritto/a .....nato/a a .....

Cf.....

residente a .....

telefono .....

1) CHIEDE il rilascio del certificato di

O) ISOLAMENTO FIDUCIARIO per positività al SARS-CoV-2 senza necessità di trattamento domiciliare (assenza di sintomi o pochi sintomi);

O) TRATTAMENTO DOMICILIARE: per positività al SARS-CoV-2 in trattamento;

O) QUARANTENA in quanto contatto stretto ovvero persona esposta a SARS -CoV-2 ma senza conferma di positività al SARS-CoV-2 e senza sintomi;

O) QUARANTENA in quanto proveniente da....., area a rischio per la quale le vigenti disposizioni prevedono l'obbligo della quarantena;

2) ALLEGA COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA';

3) CHIEDE CHE IL CERTIFICATO VENGA INVIATO ALLA SEGUENTE MAIL O PEC

.....

Data

FIRMA

.....

.....