



## CERTIFICATO MEDICO PER VOTO A DOMICILIO

Si certifica che, ai sensi dell'art. 1 della Legge 27/1/2006 n. 22 convertito in legge, come modificato dalla Legge 7/5/2009, n. 46

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

identificato/a con documento \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### RISULTA / NON RISULTA <sup>(1)</sup>

- AFFETTO DA GRAVISSIME INFERMITA', TALI CHE L'ALLONTANAMENTO DALL'ABITAZIONE IN CUI DIMORA RISULTA IMPOSSIBILE, ANCHE CON L'AUSILIO DEI SERVIZI DI CUI ALL'ART. 29 DELLA L. 104/92
- AFFETTO DA GRAVI INFERMITA' E SI TROVA IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA CONTINUATIVA E VITALE DA APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI TALI DA IMPEDIRNE L'ALLONTANAMENTO DALL'ABITAZIONE IN CUI DIMORA

### NECESSITA / NON NECESSITA <sup>(1)</sup>

di un accompagnatore per l'esercizio del voto.

IL FUNZIONARIO MEDICO

\_\_\_\_\_ <sup>(2)</sup>

Data, .....,

(1) *deppennare il caso che non ricorre*

(2) *apporre timbro e firma*



## CERTIFICATO MEDICO PER L'ACCOMPAGNAMENTO AL VOTO

### DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP FISICO

(D.P.R. 30/03/1957 n° 361 e successive modifiche ed integrazioni)

Si certifica che il/la signor/a .....

nato/a a ..... il .....

residente in .....

via ..... n° .....

documento di identità ..... n° .....

rilasciato da ..... il .....

è portatore di handicap fisico che lo rende impossibilitato ad esercitare autonomamente il diritto di voto (\*) .....

..... )

Si rilascia il presente certificato, su richiesta dell'interessato/a, perché lo/la stesso/a sia ammesso/a ad esercitare il diritto di voto accompagnato/a da una persona di sua fiducia, a norma degli articoli 55 e 56 del D. P. 30/03/1957 n° 361 e successive modifiche ed integrazioni.

IL MEDICO INCARICATO  
(timbro e firma)

Data, .....

(\*) **NOTA BENE: cecità, amputazione degli arti superiori o delle mani, paralisi degli arti superiori, o altro impedimento di analogha gravità, riferibile alle citate patologie**