

Allegati n° 1:-Fac-simile certificato medico



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE 2 - LANCIANO-VASTO-CHIETI
UOC di MEDICINA LEGALE
Direttore Dr. Pietro FALCO

CERTIFICATO MEDICO LEGALE PER ELETTORI FISICAMENTE IMPEDITI Ai sensi del D.P.R. 16 maggio 1960, n. 570 e successive modifiche e integrazioni

Si certifica che il sig./la sig.ra _____

Nato/a a _____ (CH) il ____ / ____ / ____

Residente a _____ (CH)

In via _____ n° _____

Documento di riconoscimento _____ n° _____

Rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

È un soggetto che può esprimere il voto da solo, ma deve essere accompagnato fino alla cabina con precedenza sugli altri elettori.

È un soggetto che si trova nell'impossibilità di esprimere il voto da solo essendo affetto da
(indicare la diagnosi ai sensi della sentenza del Consiglio di Stato n. 1439 del 20.03.2006):
.....
.....

È un soggetto non deambulante per cui può esercitare il diritto di voto in sedi esenti da barriere architettoniche.

È un soggetto impossibilitato ad allontanarsi dalla propria abitazione e in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali (ex Legge n.22 del 27.01.2006)

È un soggetto affetto da gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi di trasporto pubblico previsti dall'art. 29 della legge 5.02.1992, n° 104 (L. n. 46 del 07.05.2009)

Il presente certificato vale anche in caso di ballottaggio.

Il Dirigente Medico