

Allegati n° 1:-Fac-simile certificato medico



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

Prof. N. _____

<p style="text-align: center;">CERTIFICATO MEDICO LEGALE</p> <p style="text-align: center;">PER ELETTORI FISICAMENTE IMPEDITI</p> <p style="text-align: center;">Ai sensi del D.P.R. 16 maggio 1960, n. 570 e successive modifiche e integrazioni</p>

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.

E' 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):

.....
.....

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

E' 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)

E' 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