



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 ⁽¹⁾

- ☐ 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 ⁽¹⁾

di un accompagnatore per l'esercizio del voto.

IL FUNZIONARIO MEDICO

_____ (2)

Data,,

(1) *deppennare il caso che non ricorre*

(2) *apporre timbro e firma*