

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI _____

CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI VOTO A DOMICILIO

(Art. 1, comma 3, della Legge n. 22/2006 come modificata dalla Legge n. 46/2009)

Il sottoscritto _____

funzionario medico designato dai competenti organi dell'Azienda Sanitaria Locale di _____

C E R T I F I C A

che ____ l ____ Sig. _____

nat ____ a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n. _____

si trova nelle condizioni di infermità di cui al comma 1 dell'art. 1 della Legge n. 46/2009, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data di rilascio del presente certificato, tale da impedire l'allontanamento dall'abitazione anche con l'ausilio del servizio di trasporto per disabili organizzato dal Comune,

ovvero

si trova nelle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiatura elettromedicale tali da impedire l'allontanamento dall'abitazione.

Si certifica, altresì, che la persona suddetta necessita di un accompagnatore per l'esercizio del voto a causa di⁽¹⁾

_____.

Data _____

Timbro

IL SANITARIO

(1) Depennare se non ricorre il caso.

N.B.: Il certificato medico deve essere rilasciato gratuitamente ed in esenzione da qualsiasi diritto od applicazione di marche; inoltre deve essere in data non anteriore al 45° giorno antecedente la votazione.