

REGIONE \_\_\_\_\_

Azienda U.S.L. N. \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_

**SERVIZIO ELETTORALE**

**CERTIFICATO MEDICO PER ELETTORE FISICAMENTE IMPEDITO  
CHE HA CHIESTO DI VOTARE PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO**

*(Legge 27 gennaio 2006, n. 22 e Legge 7 maggio 2009, n. 46)*

Si CERTIFICA che \_\_\_\_\_

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

e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

☐ è affett. \_\_\_\_\_ da infermità tra quelle espressamente previste per legge all'art. 1 della L. 27-1-2006, n. 22

(dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali)

☐ è affett. \_\_\_\_\_ da infermità tra quelle espressamente previste per legge all'art. 1 della L. 7-5-2009, n. 46

(affetto da gravissime infermità tali che l'allontanamento dall'abitazione risulta impossibile)

con prognosi fino al \_\_\_\_\_

**INOLTRE** si certifica \_\_\_\_\_ medesima \_\_\_\_\_ è affett. \_\_\_\_\_ da

☐ infermità tra quelle espressamente previste per legge all'art. 41 del D.P.R. n. 570 del 16-5-1960;

☐ altro impedimento di analoga gravità che impedisce un'autonoma e valida espressione del voto e risulta  
impossibilitat. \_\_\_\_\_ ad esercitare fisicamente il diritto di voto e, pertanto, necessita di un accompagnatore.

Data \_\_\_\_\_

**IL MEDICO INCARICATO**