



## 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 <sup>(1)</sup>

- 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 <sup>(1)</sup>

di un accompagnatore per l'esercizio del voto.

IL FUNZIONARIO MEDICO

\_\_\_\_\_ (2)

Data, .....,

(1) *deppennare il caso che non ricorre*

(2) *apporte timbro e firma*