(1) _____

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)

___l___ sottoscritt___ _____

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

C E R T I F I C A

che ___l___ Sig._____ _____

nat___ a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n. _____

[_] è affett___ da gravissime infermità, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data di rilascio del presente certificato, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi previsti dall'art. 29 della legge 5 febbraio 1992, n. 104,

ovvero

[_] è affett___ da gravi infermità e si trova nelle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiatura elettromedicale tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora.

Si certifica, altresì, che la persona suddetta necessita di un accompagnatore per l'esercizio del voto a causa di(2)

_____

_____

_____.

_____, lì _____

Timbro

_____

IL SANITARIO

(1) Indicare la denominazione della competente Autorità Sanitaria Locale.
(2) Indicare la relativa patologia ovvero 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.