

SC Medicina Legale

Direttore f.f.: Dr. Massimiliano Meli

Telefono: 0171/450476

e-mail: medicina.legale@aslcn1.it

Responsabile del procedimento: Dr. _____

CERTIFICATO ELETTORALE

Il sottoscritto Dott. _____

C E R T I F I C A

che il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / _____

Residente in _____ Via _____

documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato il ____ / ____ / _____

da _____

- è affetto da infermità fisica che impedisce all'elettore di esprimere il voto senza l'aiuto di altro elettore (**voto assistito** ex art. 55 e 56 D.P.R. 361/57 e s.m.)

SI **NO**

- è persona non deambulante che può avvalersi del diritto di voto in idonea sezione elettorale attrezzata (**voto agevolato** ex art. 2 Legge 15/01/1991, n. 15 e s.m.).

SI **NO**

- è affetto da gravissime infermità, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'art. 29 Legge 5/2/1992 n. 104, ovvero è affetto da gravi infermità e si trova in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora (**voto domiciliare** ex art. 1 Legge 27.01.2006, n. 22 e s.m.).

SI **NO**

Si rilascia il presente certificato su richiesta dell'interessato per uso elettorale.

Cuneo, _____

IL MEDICO