

A.S.P. di _____

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

___ l ___ sottoscritt ___ _____

funzionario medico designato dai componenti organi dell'A.S.P. di _____

CERTIFICA

Che ___ l ___ Sig. _____

nat ___ a _____ il _____

residente nel Comune di _____

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 dell'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 _____

Firma

(1) Depennare se non ricorre il caso

N.B.: Il certificato non deve essere in data anteriore al 45° giorno antecedente la data della votazione.