

ATTESTAZIONE MEDICA AI SOLI FINI ELETTORALI

N.

Data/...../.....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A MEDICO

designato dall'Azienda Sanitaria Locale a norma dell'art. 14, lettera q) della legge 23 dicembre 1978, n. 833

ATTESTA

che ☐ l'elettore ☐ l'elettrice:

nato/a a,

il/...../....., in possesso della tessera elettorale n. della sezione n.

..... del comune di

È AFFETTO/A

da grave infermità in quanto:

.....

.....

e che

.....

(N.B. I certificati medici che attestano l'esistenza di un'infermità fisica che impedisce all'elettore di esprimere il voto senza l'aiuto di un altro elettore, devono indicare anche la relativa patologia)

PERTANTO

☐ in relazione al disposto dell'art. 1 della legge 15 gennaio 1991, n. 15, ha titolo per esprimere il proprio diritto di voto in sezione elettorale allocata in sede esente da barriere architettoniche;

☐ in relazione alle vigenti norme è da ritenere impossibilitato/a ad esprimere il diritto di voto senza accompagnatore.



IL SANITARIO
(firma leggibile)

.....