

PRESIDIO	DATA	ORARI AMBULATORI	SEDE
Lecco	20/01/23	14,00 - 16,00	via Tubi, 43 c/o Ambulatorio Medicina Legale
	27/01/23		
	03/02/23		
	10/02/23		
Oggiono	11/02/23	9,00 - 11,00	Poliambulatorio di Oggiono Via Bachelet 9
	24/01/23	16,00-17,00	
	31/01/23		
	07/02/23		
Calolziocorte	18/01/23		9,00 - 12,00
	25/01/23		
	08/02/23		
	18/01/23		
Bellano	25/01/23	11,00 - 12,00	Via Papa Giovanni XXIII
	08/02/23		
	02/02/23		
Introbio	20/01/23	14,00 - 16,00	Poliambulatorio Località Sceregalli
	26/01/23		
	27/01/23		
Merate	27/01/23	15,00 - 16,00	Largo Mandic, 1 c/o Amb. Medicina legale
	09/02/23		



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 ⁽¹⁾

- 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 ⁽¹⁾

di un accompagnatore per l'esercizio del voto.

IL FUNZIONARIO MEDICO

_____ (2)

Data,,

(1) *depenare il caso che non ricorre*

(2) *apporre timbro e firma*



**CERTIFICATO MEDICO PER L'ACCOMPAGNAMENTO AL VOTO
DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP FISICO**

(D.P.R. 30/03/1957 n° 361 e successive modifiche ed integrazioni)

Si certifica che il/la signor/a
nato/a a il
residente in
via n°
documento di identità n°
rilasciato da il
è portatore di handicap fisico che lo rende impossibilitato ad esercitare autonomamente il diritto di
voto (*)
.....)

Si rilascia il presente certificato, su richiesta dell'interessato/a, perché lo/la stesso/a sia ammesso/a ad esercitare il diritto di voto accompagnato/a da una persona di sua fiducia, a norma degli articoli 55 e 56 del D. P. 30/03/1957 n° 361 e successive modifiche ed integrazioni.

IL MEDICO INCARICATO
(timbro e firma)

Data,)

(*) NOTA BENE: cecità, amputazione degli arti superiori o delle mani, paralisi degli arti superiori, o altro impedimento di analoga gravità, riferibile alle citate patologie



**ATTESTAZIONE MEDICA PER L'AMMISSIONE AL VOTO
IN ALTRA SEZIONE DI SOGGETTI NON DEAMBULANTI**

(Legge 15/01/1991 n° 15)

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1 della legge 15/01/1991 n° 15, si certifica

che il/la signor/a
nato/a a il
residente in
via n°
documento di identità n°
rilasciato da il

È PORTATORE DI HANDICAP FISICO CHE NE RIDUCE SENSIBILMENTE LA DEAMBULAZIONE.

Si rilascia il presente certificato, su richiesta dell'interessato/a, perché lo/la stesso/a sia ammesso/a ad esercitare il diritto di voto in una sezione elettorale collocata in sede esente da barriere architettoniche.

IL MEDICO INCARICATO
(timbro e firma)

Data,