

U.O.C. di Medicina Legale
Viale M. Federici – Ascoli Piceno
P.zza Nardone – San Benedetto del Tronto
Direttore FF Dott. Giampiero Filomeni

CERTIFICAZIONE MEDICA PER L'ESERCIZIO DEL VOTO DI SOGGETTI DISABILI

(T.U. 05/02/48 n. 26 – DPR 16.05.60 n. 570 . L. 11.08.91 n. 271 – L. 15/91 – L 05.02.92 n. 104 – L 05.02.2003 n 17)

Sulla base dei rilievi obiettivi ed anamnestici si certifica che

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nato/a in _____ il _____

Residente a _____

Identificato _____

☐ **è affetto/a da infermità che gli/le impedisce di esprimere il voto senza l'aiuto di altro/a elettore/elettrice:** _____

☐ **è affetto/a da una infermità per la quale presenta l'impossibilità o la capacità gravemente ridotta di deambulare, per cui ha necessità di esercitare il diritto di voto in sede esente da barriere architettoniche:** _____

Si precisa, ai sensi della L. n. 17 del 05.02.2003, che la grave infermità fisica accertata è:

☐ **permanente;**

☐ **temporanea.**

(1) _____ , _____

(2) _____

(1) Luogo e data di rilascio del certificato

(2) timbro e firma del medico

=====

Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno - MARCHE

Via Degli Iris - 63100 Ascoli Piceno – C.F. e P.IVA 02500670449 – P.E.C.: ast.ascolipiceno@emarche.it – Tel. 0736 3581