

Al Servizio di Medicina Legale

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL VOTO DOMICILIARE

da parte di elettori soggetti ad infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione
(Legge 27 gennaio 2006 n. 22 e modificata dalla Legge 7 Maggio 2009 n. 46)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO/A il

RESIDENTE

**RECAPITO TELEFONICO (della persona che sarà contattata per il necessario
appuntamento ai fini della visita medica**

**Dichiarando ai sensi della legge 445/2000 art 46-47 di essere affetto da una condizione
patologica grave e ricorrendone gli estremi**

CHIEDE DI POTER ESERCITARE IL DIRITTO DI VOTO PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO,
POSTO IN (indicare l'indirizzo esatto compreso l'eventuale isolato, la scala e il nominativo
presente al citofono)

.....
A tal fine chiede di essere sottoposto/a a visita medica per ottenere il rilascio di
apposita certificazione attestante il possesso dei requisiti previsti dalla normativa
vigente. *(esistenza delle condizioni di gravissima infermità, con prognosi di
almeno sessanta giorni decorrenti dalla data del rilascio o dipendenza
continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tale da non potersi
allontanare dall'abitazione per recarsi al seggio)*

**CHIEDE DI ESSERE ASSISTITA DA PERSONA DI SUA FIDUCIA DURANTE
L'OPERAZIONE DI VOTO**

**NON CHIEDE, DI ESSERE ASSISTITA DA PERSONA DI SUA FIDUCIA DURANTE
L'OPERAZIONE DI VOTO**

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

_____ Firma dell'interessato o di altra persona incaricata
