

.....il...../...../.....

OGGETTO: Consultazione elettorale del 8 -9 giugno 2024.

Esercizio del diritto di voto ad elettori fisicamente impediti (DPR 570/1960, art. 41; L.104/92;L 05/02/03, n° 17).

Si certifica che il/la Sig./ra

nato/a a(.....) il/...../.....

identificato/a con documento d'identità..... N°

rilasciato da.....il/...../.....

è permanentemente non deambulante

è temporaneamente non deambulante

Il Medico incaricato



**U.O. MEDICINA
LEGALE PISA
LIVORNO**
Responsabile:
Dr Stefano Lelli
Via Gentile da
Fabriano 1/A
56122 PISA
Tel 050954595
Email:
stefano.elli@uslnordov

Azienda UsI
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503