

.....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 affetto da:

infermità tra quelle espressamente previste per legge all'art. 41 del DPR 570/60.

altro impedimento di analoga gravità che impedisce un'autonoma e valida espressione del voto

e risulta impossibilitato/a ad esercitare fisicamente il diritto di voto. Pertanto necessita di un accompagnatore.

in modo permanente

in modo temporaneo

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](mailto:stefano.elli@uslnordov)