

.....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