

(1) _____

CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI VOTO DI ELETTORE FISICAMENTE IMPEDITO

(Art. 55 T.U. 30-3-1957, N. 361 e art. 41 T.U. 16-5-1960, N. 570)

Il sottoscritto _____
 medico designato dalla competente Autorità Sanitaria Locale, certifica che _____
 nat ___ a _____ il _____
 in possesso della tessera elettorale rilasciata dal Comune di _____
 _____ (Sezione numero _____) è affett ___ dalla seguente infermità fisica che
 impedisce l'espressione del voto senza l'aiuto di un altro elettore: _____

IL SANITARIO

Data _____

N.B. Il certificato medico deve essere rilasciato gratuitamente e in esenzione da qualsiasi diritto od applicazione di marche; inoltre l'impedimento deve essere riconducibile alla capacità visiva dell'elettore o al movimento degli arti superiori e non alla sfera psichica dello stesso (Cons. di Stato n. 505 del 6-6-1990).

SEZIONE ELETTORALE NR. _____

Il Presidente di seggio, visto quanto sopra certificato, prende atto che l'infermità o impedimento fisico, di che trattasi, comporta la espressione del voto tramite accompagnatore (liberamente scelto tra gli elettori iscritti in un qualsiasi Comune della Repubblica).

L'accompagnatore volontariamente scelto è ___ l ___ Sig. _____
 _____ tessera elettorale n.ro _____
 sezione n.ro _____ e lo stesso accompagnatore non ha già esercitato detta funzione in precedenza con altro disabile. Infine attesta che sulla tessera elettorale dell'accompagnatore è stata fatta apposita annotazione dell'assolvimento di tale compito a norma dell'art. 11 del D.PR. 8 settembre 2000, n. 299.

IL PRESIDENTE DI SEGGIO

Data _____ Timbro _____

(1) Indicare la denominazione della competente Autorità Sanitaria Locale.