

AZIENDA SANITARIA LOCALE \_\_\_\_\_

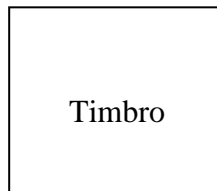
## CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI VOTO DI ELETTORE FISICAMENTE IMPEDITO

(Art. 55 T.U. 30-03-1957, n. 361 e art. 41 T.U. 16-05-1960, n. 570)

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_  
sanitario designato dall'ASL, certifica che  
il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in possesso della tessera  
elettorale rilasciata dal comune di \_\_\_\_\_ è affett\_ dalla seguente  
infermità fisica che impedisce l'espressione del voto senza l'aiuto di un altro elettore:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
**IL SANITARIO**

**N.B.** Il certificato medico deve essere rilasciato gratuitamente e in esenzione da qualsiasi diritto o applicazione di bollo; inoltre **l'impedimento deve essere riconducibile alla capacità visiva dell'elettore o al movimento degli arti superiori e non alla sfera psichica dello stesso** (Consiglio di Stato, n. 505 del 06-06-1990).