

REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

(Istituita con L.R. 28.12.2006, n. 39)

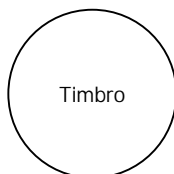
CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI VOTO

DI ELETTORE FISICAMENTE IMPEDITO

(Art. 55 T.U. 30.03.1957, N. 361 e Art. 41 T.U. 16.05.1960, N. 570)

Il sottoscritto _____ sanitario designato
dall'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, certifica che l'elettore / elettrici
_____ nato/a a _____ il _____
in possesso della tessera elettore n. _____ rilasciata dal Comune di Monte Sant'Angelo
è affetto dalla seguente infermità fisica che gli /le impedisce di esprimere il voto senza l'aiuto di
altro elettore / elettrici:

data _____



IL SANITARIO

(firma)

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).