



ASL Brindisi

PugliaSalute

Dipartimento di Prevenzione
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
Sede di _____
Indirizzo _____



REGIONE PUGLIA

CERTIFICAZIONE MEDICA PER VOTO A DOMICILIO

(Legge n. 22/2006 come modificata dalla Legge n. 46/2009)

A seguito della richiesta pervenuta allo scrivente Servizio in data ____/____/____ da _____, sulla scorta della documentazione sanitaria acquisita agli atti del Servizio ed in base alle risultanze dell'esame clinico effettuato in data ____/____/____, il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ in qualità di Medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale in intestazione, ai sensi della Legge n. 22/2006 così come modificata dalla Legge n. 46/2009,

CERTIFICA

che il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/____, cittadinanza _____, residente nel Comune di _____, alla via _____ n. _____, identificato/a mediante _____ numero _____ rilasciata il ____/____/____ dal _____ in possesso della tessera elettorale n. _____ sezione n. _____ del Comune di _____

può essere ammesso/a ad esprimere il diritto di voto al proprio domicilio in quanto affetto/a da:

- Gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi organizzati dal Comune per gli elettori disabili;
- Da grave infermità tale da impedire l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora a causa della dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali.

Luogo e data, _____

Il Medico designato ASL BR

TIMBRO

Comune di Latiano - Cod. Amm. c_e471 - Prot. n. 0007580 del 10/04/2026 11:51 - ARRIVO