

REGIONE

Azienda U.S.L. N. Zona

SERVIZIO ELETTORALE

**CERTIFICATO MEDICO PER ELETTORE FISICAMENTE IMPEDITO
CHE HA CHIESTO DI VOTARE PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO**

(Legge 27 gennaio 2006, n. 22)

Si CERTIFICA che

.....

nato/a a il

e residente a

Via n.

documento di riconoscimento N.

rilasciato da il

è affett..... da infermità tra quelle espressamente previste per legge all'art. 1 della L. 27-1-2006, n. 22.

Data

IL MEDICO INCARICATO

.....