

## Al Servizio di Medicina Legale

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL VOTO DOMICILIARE  
da parte di elettori soggetti ad infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione  
(Legge 27 gennaio 2006 n. 22 e modificata dalla Legge 7 Maggio 2009 n. 46)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO/A .....il .....

RESIDENTE .....

RECAPITO TELEFONICO ( della persona che sarà contattata per il necessario  
appuntamento ai fini della visita medica .....

Dichiarando ai sensi della legge 445/2000 art 46-47 di essere affetto da una condizione  
patologica grave e ricorrendone gli estremi

CHIEDE DI POTER ESERCITARE IL DIRITTO DI VOTO PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO,  
POSTO IN (indicare l'indirizzo esatto compreso l'eventuale isolato, la scala e il nominativo  
presente al citofono )

.....  
A tal fine chiede di essere sottoposto/a a visita medica per ottenere il rilascio di  
apposita certificazione attestante il possesso dei requisiti previsti dalla normativa  
vigente. *(esistenza delle condizioni di gravissima infermità, con prognosi di  
almeno sessanta giorni decorrenti dalla data del rilascio o dipendenza  
continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tale da non potersi  
allontanare dall'abitazione per recarsi al seggio)*

CHIEDE DI ESSERE ASSISTITA DA PERSONA DI SUA FIDUCIA DURANTE  
L'OPERAZIONE DI VOTO

NON CHIEDE DI ESSERE ASSISTITA DA PERSONA DI SUA FIDUCIA DURANTE  
L'OPERAZIONE DI VOTO

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

\_\_\_\_\_ Firma dell'interessato o di altra persona incaricata