



**REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 – PADOVA**

**[www.aulss6.veneto.it](http://www.aulss6.veneto.it) – P.E.C.: [protocollo.aulss6@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss6@pecveneto.it)**

Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – PADOVA 35131

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA**

**CERTIFICATO MEDICO**

Si certifica che il /la Sig./Sig.ra .....

Nato/a a ..... il .....

Residente in ..... via.....

Documento di identità .....

**E' affetto/a da infermità per le quali non è in grado di esprimere autonomamente il voto e pertanto necessita di accompagnatore (art. 56 DPR 30/03/1957 n. 361 sostituito dall'art. 9 L. 11/8/1991 n. 271; art. 50 L. 25/5/1970 n. 352).**

Data ..... Il Medico .....

**E' affetto/a da infermità per le quali non ha la capacità di deambulare autonomamente (necessita di accesso ad una sezione di voto mediante sedia a ruote) (art. 1 L. 15/1/1991 n. 15).**

Data ..... Il Medico .....

**Sussistono i presupposti per annotazioni del diritto al voto assistito permanente in tessera elettorale personale (art. 1 L. 05/02/2003 n. 17).**

Data ..... Il Medico .....

**E' affetto/a da infermità fisica che comporta la dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tale da impedire all'elettore/elettrice l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora (art. 1, comma 3, comma 4, del Decreto Legge 03/01/2006 n. 1, convertito in Legge 27/01/2006 n. 22, modificato dall'art. 1, comma 1 della legge 07/05/2009 n. 46).**

Data ..... Il Medico .....

**E' affetto/a da gravissime infermità tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulti impossibile anche con l'ausilio dei servizi previsti dall'art. 29 della legge 5/2/1992 n. 104 (art. 1, comma 1 della legge 07/05/2009 n. 46).**

Data ..... Il Medico .....

**L'abitazione presenta barriere architettoniche tali da non rendere possibile l'accesso ai seggi elettorali con mezzi di trasporto privati. Si rimanda alla competenza dell'Ufficio comunale la decisione di attivare, nel caso specifico, le procedure per il voto a domicilio.**

Data ..... Il Medico .....

I certificati rilasciati in parola non possono essere rilasciati dal medico di Guardia Medica, né dal Medico di Medicina Generale.

Cordiali saluti.

IL MEDICO CERTIFICATORE