Allegato n° 1

DOMANDA per richiesta di rilascio certificato Medico per esprimere il voto al domicilio (Legge n. 22/2006 come modificata da Legge n. 46/2009).

Al Direttore
Dell' Area Distrettuale
Territorialmente competente

Io sottoscritto/a_____
Nato/a a_____
Residente in _____ **n.** _____
Tel. n. _____**, essendo affetto da:**

o 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;

ovvero

o da grave infermità tale da impedire l'allontanamento dall'abitazione in cui dimoro a causa della dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali

CHIEDO

di essere sottoposto a visita domiciliare per ottenere il rilascio del certificato di cui al comma 3 lettera b) della L. 46/09.

Allo Scopo allego:

o Certificato medico attestante, oltre alla diagnosi delle infermità, l'esistenza delle condizioni di cui al comma 1 art. 1 della Legge n. 46/2009:

- **di essere affetto da gravissime infermità, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimoro risulti impossibile, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'art. 29 della L. 104/92 (automezzi per il trasporto dei disabili, anche dotati di elevatore per sedie a rotelle)**
- **di essere affetto da gravi infermità per cui verso in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora.**

o copia di documento di riconoscimento (se firma persona delegata, anche copia del documento di quest'ultimo).

_____**, il** _____
(luogo e data)

(firma)_____

COMUNE DI CELENZA SUL TRIGNO - c_c428 - - Protocollo in entrata n. 0004011 del 26/10/2026 - Registro: 1