



Dipartimento di Prevenzione

**UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica**

Via IV Novembre 46 – 36100 Vicenza

**Direttore: Dr.ssa Maria Teresa Padovan**

**Richiesta CERTIFICATO MEDICO PER VOTO DOMICILIARE ELETTORI AFFETTI DA  
INFERMITÀ CHE NE RENDANO IMPOSSIBILE L'ALLONTANAMENTO DALL'ABITAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

un certificato medico rilasciato da un funzionario ULSS attestante:

- la sussistenza delle condizioni di infermità, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulti impossibile, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'articolo 29 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (art. 1 L. 46/2009).
- la sussistenza delle condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora (art. 1 D.L. 3.1.06, n. 1, convertito in L. 22/2006).

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**Allegati:**
*copia documento di identità della persona richiedente*