



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Oristano

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

Sede di Ales

Via IV Novembre, 30 - 09091

Tel. 0783/9111327 - 382 - Fax 0783/9111327

**Oggetto: Richiesta certificazione sanitaria per VOTO DOMICILIARE
ai sensi della Legge 7 maggio 2003 n. 46
REFERENDUM CONFERMATIVO 20/09/2020**

**Al servizio Igiene e Sanità Pubblica
ASL Oristano
Sede di Ales**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____ in via/piazza _____ n. _____

domiciliato a _____ in via/piazza _____ n. _____

doc. di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

Tel. _____

Chiede

il rilascio del certificato attestante la condizione di elettore affetto da infermità che ne rende impossibile l'allontanamento dall'abitazione, per essere ammesso al voto domiciliare.

_____ li _____

Firma

N.B.:

Il modulo deve essere usato esclusivamente da quei cittadini che si trovano nelle condizioni previste dalla Legge 27 gennaio 2006 n. 22 e Legge 7 maggio 2009 n. 46 e più precisamente:

possono essere ammessi al voto domiciliare sia gli elettori affetti da gravi infermità che si trovino in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimorano sia gli elettori affetti da gravissime infermità tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimorano risulti impossibile anche con l'ausilio dei servizi previsti dall'art. 29 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 (servizio di trasporto che i Comuni devono assicurare per garantire agli elettori con disabilità che non possono usufruire di un mezzo di trasporto, proprio o altrui, di raggiungere il seggio elettorale dalla propria abitazione).