



.....li...../...../.....

OGGETTO: ELEZIONI del 04/03/2018. Esercizio del diritto di voto ad elettori fisicamente impediti (DPR 570/1960, art. 41; L.104/92;L.05/02/03, n° 17).

Azienda USL Toscana Nord Ovest 09 febbraio 2018
Prot: 2018/002567/GEN/0007A-SGASST/4

certifica che il/la Sig./ra

nato/a a(.....) il/...../.....

identificato/a con documento d'identità..... N°

lasciato da.....il/...../.....

è affetto da:

- infermità tra quelle espressamente previste per legge all'art. 41 del DPR 570/60.
 - altro impedimento di analoga gravità che impedisce un'autonoma e valida espressione del voto
- è risulta impossibilitato/a ad esercitare fisicamente il diritto di voto. Pertanto necessita di un accompagnatore.
- in modo permanente
 - in modo temporaneo

Il medico incaricato

U.O. MEDICINA
LEGALE PISA
LIVORNO
Responsabile:
Dr Stefano Lelli
Galleria Gerace 14
56124 PISA
Tel 050954469
Email:
stefano.elli@uslnordovest.toscana.it

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590502