

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

Azienda USL Toscana nord ovest

OGGETTO: Voto domiciliare per elettori affetti da gravi infermità che ne rendono impossibile l'allontanamento dall'abitazione (art. 1 del decreto-legge n. 1/2006, convertito dalla legge n.

22/2006 e modificato dalla legge 7 maggio 2009, n. 46)

Si certifica che il/la Sig./ra

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

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

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



Azienda USL Toscana Nord Ovest 09 febbraio 2018
Prot: 2018/0025992/GEN/0001/ASGASSPRE

Presenta gravi infermità che ne rendono impossibile l'allontanamento dall'abitazione

Non presenta gravi infermità, tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione dove dimora.

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 UsI
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503