

Spett.le **Medicina Legale**  
ASST CREMA  
via A. Gramsci n. 13  
26103 Crema

**OGGETTO: RICHIESTA DI ATTESTAZIONE DI GRAVE INFERMITÀ PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI VOTO ELETTORALE**

art. 55 co. 2 T.U. 361/1957; art. 41 co. 2 T.U. 570/1960; art. 1 L. 15/1991; art. 29 L. 104/1992;  
art. 1 D.L. 1/2006 conv. con mod. in L. 22/2006, come mod. da L. 46/2009

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
identificato/a a mezzo ..... n. ....  
rilasciato da ..... in data .....  
recapito telefonico n .....

## **CHIEDE**

il rilascio di certificato medico attestante l'impossibilità ad esercitare autonomamente il diritto di voto, in quanto:

- **risulta impossibile l'allontanamento dall'abitazione**, secondo art. 1 D.L. 1/2006, convertito in legge con modificazioni dalla L. 22/2006, come modificato dalla L. 46/2009
  - prognosi di almeno 60 gg a partire da oggi
  - in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali
- **ha titolo per esprimere il proprio diritto di voto in sezione elettorale allocata in sede esente da barriere architettoniche**, in relazione al disposto dell'art. 1 L. 15/1991
- **è da ritenere impossibilitato ad esprimere il diritto di voto senza accompagnatore** (art. 55 co. 2 T.U. 361/1957 ed art. 41 co. 2 T.U. 570/1960) in quanto:
  - cieco o affetto da altro impedimento di analoga gravità
  - amputato delle mani o affetto da altro impedimento di analoga gravità
  - affetto da paralisi o da altro impedimento di analoga gravità

Luogo e data .....

Firma (se possibile) .....

### **Allegati:**

- fotocopia documento di identità in corso di validità dell'elettore
- fotocopia tessera elettorale
- fotocopia documentazione sanitaria attestante le patologie dell'elettore e le conseguenze dettagliate sulle sue capacità fisiche o sulla sua trasportabilità
- se domanda presentata da delegato, fotocopia del documento di identità del delegato in corso di validità e delega per lo svolgimento della pratica