REFERENDUM CONSULTIVO REGIONE LOMBARDIA DEL 22 OTTOBRE 2017

INFORMATIVA PER I CITTADINI DIVERSAMENTE ABILI

CITTADINI NON DEAMBULANTI

La L. 5 febbraio 1992 n. 104, prevede all'art. 29 comma 2 *che "Per rendere più agevole l'esercizio del diritto di voto, le unità sanitarie locali, nei tre giorni precedenti la consultazione elettorale, garantiscono in ogni Comune la disponibilità di un adeguato numero di medici autorizzati per il rilascio dei certificati di accompagnamento e dell'attestazione medica di cui all'art. 1 della L. 15 gennaio 1991 n. 15"*

ELETTORI FISICAMENTE IMPEDITI

Ai sensi art. 41, secondo comma, del D.P.R. n.570/1960 e dell'art. 29 della L. 05/02//1992 n. 104 gli elettori fisicamente impediti possono essere accompagnati all'interno della cabina elettorale ed esprimere il voto con l'assistenza di un elettore della propria famiglia o, in mancanza del familiare, di un altro elettore liberamente scelto, purché iscritto nelle liste elettorali di un qualsiasi Comune della Repubblica.
Pertanto, l'elettore sarà ammesso al voto nei seguenti casi:

1. impedimento fisico evidente;
2. in possesso del libretto nominativo di pensione di invalidità civile in cui risulti l'indicazione della categoria "ciechi civili" con i codici: 10 - 11 - 15 - 18 - 19 - 06 - 07;
3. esibendo il certificato medico rilasciato da funzionari Medici designati dall'ASST Franciacorta (ex ASL).attestante l'impossibilità ad esercitare autonomamente il diritto di voto.

Il modulo della richiesta di ammissione al voto assistito è sottoriportato.

Al Sindaco
Comune di ORZINUOVI
Ufficio Elettorale

REFERENDUM CONSULTIVO REGIONALE DEL 22 OTTOBRE 2017

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL VOTO ASSISTITO
ai sensi art. 41, secondo comma, del D.P.R. n.570/1960 e dell'art. 29 della L. 05/02//1992 n. 104 -.

Il/la sottoscritto/a_____

Nato/a_____il_____

residente in_____Via_____N._____

Tel. _____

affetto/a da grave infermità che non consente l'autonoma espressione del voto

C H I E D E

di esercitare il diritto di voto con l'assistenza di persona di fiducia ai sensi della legge 5 febbraio 2003, n.17.

ALLEGA:

1. certificato medico rilasciato da funzionari Medici designati dall'ASST Franciacorta attestante l'impossibilità ad esercitare autonomamente il diritto di voto;

2. libretto nominativo di pensione di invalidità civile ove risulti l'indicazione della categoria "ciechi civili" con i codici: 10 - 11 - 15 - 18 - 19 - 06 - 07;

Data_____ ___ _____
(firma)

Comune di_____Prov. _____

Attesto che la presente richiesta è stata fatta in mia presenza dall'interessato/a, identificato/a

a mezzo di _____ che non l'ha potuta sottoscrivere.

Data_____
(firma del pubblico ufficiale)