



....., li...../...../.....

OGGETTO: Regionali 12-13 ottobre 2025

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

Si certifica che il/la Sig./ra

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

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

rilasciato 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**

e risulta impossibilitato/a ad esercitare fisicamente il diritto di voto. Pertanto necessita di un accompagnatore:

☐ **in modo permanente**

☐ **in modo temporaneo**

Il Medico incaricato
(timbro e firma)

**UOC MEDICINA
LEGALE SUD
(PISA e
LIVORNO)
Direttore ff:
Drssa Lisa
Perugino
Via Gentile da
Fabriano 1/A
56122 PISA
Tel 050954595
Email:
lisa.perugino@uslnordovest.toscana.it**