SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
Direttore: Dott. Giuseppe Cosenza

Direzione
☎ **0532-235211 fax 0532-235221**

Gentile Signora / Egregio Signore

Le scrivo per informarLa che una disposizione legislativa consente, agli elettori in particolari condizioni, di poter votare al proprio domicilio.
La richiesta deve essere presentata al Comune nelle cui liste è iscritto l'elettore.
Alla stessa deve essere allegato un certificato medico rilasciato dall'Unità Operativa Igiene Pubblica dell'Azienda U.S.L. di Ferrara.
Sembra opportuno ricordare che l'art. 1 della L. 7 maggio 2009, n. 46 stabilisce che sono ammessi al voto domiciliare gli elettori "*affetti da gravissime infermità, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimorano risulti* ***impossibile****, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'articolo 29 della legge 5 febbraio 1992, n. 104"* e *"gli elettori affetti da gravi infermità che si trovino in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimorano.*"
Se ritiene di trovarsi nelle condizioni di cui sopra, potrà richiedere il certificato compilando il modello allegato alla presente.
La domanda di certificato per l'ammissione al voto domiciliare deve indicare l'indirizzo dell'abitazione in cui l'elettore dimora e un recapito telefonico.
La richiesta dovrà essere fatta pervenire al Direttore U.O. Igiene Pubblica o direttamente, mediante consegna all'Ufficio Protocollo del Servizio Igiene Pubblica, Via Fausto Beretta,7 Ferrara, o tramite posta elettronica certificata dirdsp@pec.ausl.fe.it **entro lunedì 12 febbraio 2018.**

Aldo De Togni
Direttore U.O. Igiene Pubblica

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Richiesta di certificato medico

(Art. 1, L. 7 maggio 2009, n. 46)

Il sottoscritto _____

nato a _____ ***il*** _____

residente a _____ ***in*** _____

telefono _____

chiede

che gli sia rilasciato il certificato di cui all'art. 1 del D.L. 3 gennaio 2006, n 1 (come modificato dalla L. 27 gennaio 2006, n. 22 e dalla L. 7 maggio 2009 , n. 46).

A tale fine dichiara quanto segue:

☐ ***di essere affetto da*** _____

_____

☐ ***di essere in dipendenza continuativa e vitale dalla apparecchiatura elettromedicale di seguito indicata*** _____

_____

☐ ***di essere nella impossibilità di allontanarsi dall'abitazione, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'art. 29 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.***

☐ ***allega la documentazione sanitaria in suo possesso***

A _____ ***il*** _____

Firma

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
U.O. Igiene Pubblica
Via Fausto Beretta, 7 – 44121 FERRARA
Tel. 0532/235370 – Fax 0532/235221

Azienda U.S.L. di Ferrara
Via Cassoli, 30 – 44121 FERRARA
Tel 0532/235111 – Fax 0532/235688
Partita IVA 01295960387