



REGIONE CALABRIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE – CATANZARO  
UNITÀ OPERATIVA MEDICINA LEGALE

Direttore: Dr. Piercarlo Rizzi

Via Ettore Vitale n. 248 – 88100 CATANZARO

Tel 0961 - 7033802 - Fax 0961 – 7033813

PEC: medicinalegale@pec.asp.cz.it

Prot. n. 4132

Catanzaro, 15 Aprile 2015

Sigg.ri Sindaci  
ambito dell'ex AS7 - Catanzaro

**Oggetto:** Rilascio certificazioni agli elettori fisicamente impediti  
Consultazione elettorale del **31 Maggio 2015**

In riferimento all'oggetto, si informa che gli elettori **fisicamente** impediti, bisognevoli di accompagnatore per accedere alla votazione o di usufruire di seggio esente da barriere architettoniche, possono rivolgersi **DA SUBITO** presso gli ambulatori dell'Unità Operativa di Medicina Legale, nei giorni ed orari indicati nell'avviso allegato alla presente, oppure nei giorni interessati dalla consultazione elettorale, nelle sedi e orari anch'essi specificati nel medesimo avviso.

In riferimento alla L.46/09, **al fine di consentire adeguata programmazione delle attività di competenza**, si chiede la cortese collaborazione della S.V. affinché le richieste di accertamento vengano fatte pervenire a questa U.O. **entro il più breve tempo possibile e, comunque, con anticipo di almeno 5 giorni rispetto alla data ultima indicata dalla norma** (20° giorno prima delle elezioni), da inoltrare all'U.O. di Medicina Legale a mezzo fax o PEC.

Sempre al fine di consentire la programmazione delle attività dell'Unità Operativa di Medicina Legale, si invita la S.V. a **comunicare, entro il più breve tempo possibile, eventuale, diversa indicazione dei termini di scadenza.**

Si precisa che il mancato riscontro alla presente verrà considerato quale conferma dei tempi di scadenza indicati dalla citata normativa (**Lunedì 11 Maggio 2015**).

Si evidenzia che le istanze devono essere costituite da:

- Domanda dell'interessato, come da **modello allegato alla presente**;
- Copia di valido documento di riconoscimento (se firma persona delegata, anche copia del documento di questa);
- Certificato medico come da **modello allegato alla presente**.

Confidando nella Loro cortese collaborazione, si porgono distinti saluti.



Dr. Piercarlo Rizzi



REGIONE CALABRIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE – CATANZARO  
UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA LEGALE

Direttore: Dr. Piercarlo Rizzi

Via Ettore Vitale n. 248 – 88100 CATANZARO

Tel 0961 - 7033802 - Fax 0961 – 7033813

PEC: medicinalegale@pec.asp.cz.it

# AVVISO

## CERTIFICAZIONI ELETTORI FISICAMENTE IMPEDITI Elezioni 31 Maggio 2015

GLI ELETTORI FISICAMENTE IMPEDITI, AL FINE DI ESSERE SOTTOPOSTI AD ACCERTAMENTO FINALIZZATO AL RILASCIO DI APPOSITA CERTIFICAZIONE, **POSSONO PRESENTARSI, DA SUBITO**, PRESSO GLI AMBULATORI DELLA MEDICINA LEGALE:

<b>Soverato</b> Piazza Casalnuovo	dal Lunedì al Venerdì	<b>dalle ore 09:00 alle ore 10:00</b>
--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------

**OPPURE** potranno presentarsi:

Ambulatorio	Data	dalle ore	alle ore
<b>SOVERATO</b>			
Piazza Casalnuovo Tel. 0967-23851	Giovedì 28 Maggio 2015	08:30	10:00
	Venerdì 29 Maggio 2015	08:30	10:00
	Sabato 30 Maggio 2015	08:30	12:30
	Domenica 31 Maggio 2015	08:30	12:30
<b>GIRIFALCO</b>			
Polo Sanitario C.da Serra Tel. 0968-747227	Giovedì 28 Maggio 2015	08:30	09:30
	Venerdì 29 Maggio 2015	08:30	10:00
	Sabato 30 Maggio 2015	10:30	12:30
	Domenica 31 Maggio 2015	10:30	12:30



Per soggetti **FISICAMENTE** impediti devono intendersi:

- **CIECHI**
- **AMPUTATI O AFFETTI DA PARALISI O ALTRO IMPEDIMENTO DI ANALOGA GRAVITÀ, A CARICO DI AMBEDUE LE MANI.**

Pertanto, l'ammissione al voto assistito **NON** è consentita per infermità non influenti sulla funzione visiva e delle mani (quindi **NON** è concessa ad infermi **psichici**).

Il richiedente, **CHE DOVRÀ ESSERE IN CONDIZIONI PSICHICHE DA ESPRIMERE LA PROPRIA VOLONTÀ DI VOTARE**, dovrà presentarsi all'accertamento sanitario munito di:

- 1) **Valido documento di riconoscimento.**
- 2) Documentazione **specialistica oculistica** che attesti il grado di deficit visivo da cui è affetto (in carenza di tale documentazione, il certificato non potrà essere rilasciato).

**DOMANDA** per richiedere l'accertamento Medico Legale per esprimere il voto al domicilio  
(Legge n. 22/2006 come modificata da Legge n. 46/2009)

Direttore Unità Operativa di Medicina Legale  
A.S.P. di Catanzaro  
Via Ettore Vitale n.248  
88100 Catanzaro  
Tel 0961 - 7033802 - Fax 0961 - 7033813  
PEC: medicinalegale@pec.asp.cz.it

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. n. \_\_\_\_\_, essendo affetto da:

gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi organizzati dal Comune per gli elettori disabili;

**ovvero**

da grave infermità tale da impedire l'allontanamento dall'abitazione in cui dimoro a causa della dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali

**CHIEDO**

di essere sottoposto a visita domiciliare per ottenere il rilascio del certificato di cui al comma 3 lettera b) della L. 46/09.

Allo scopo allego:

Certificato medico attestante, oltre alla **diagnosi** delle infermità, l'esistenza delle condizioni di cui al comma 1 dell'art. 1 della Legge n. 46/2009:

di essere affetto da gravissime infermità, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimoro risulti impossibile, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'articolo 29 della L.104/92 (automezzi per il trasporto dei disabili, anche dotati di elevatore per sedie a rotelle).

di essere affetto da gravi infermità per cui verso in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora.

copia di documento di riconoscimento (se firma persona delegata, anche copia del documento di questi).

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**MODELLO di CERTIFICATO da redigere dal MEDICO CURANTE**

-da ALLEGARE ALLA DOMANDA di accertamento Medico Legale per esprimere il voto al domicilio-  
(Legge n. 22/2006 come modificata da Legge n. 46/2009)

Il sig. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

è affetto dalle seguenti patologie:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PERTANTO**

- l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi organizzati dal Comune per gli elettori disabili;
- l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile a causa della dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

(Timbro e Firma del Medico)