

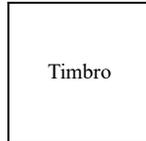
(1) _____

**CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI VOTO DI ELETTORE
FISICAMENTE IMPEDITO AD ESPRIMERLO AUTONOMAMENTE**

(Art. 55 T.U. 30-3-1957, N. 361 e art. 41 T.U. 16-5-1960, N. 570)

____ l ____ sottoscritt _____
 medico designato dai competenti organi dell'Autorità Sanitaria Locale di _____,
 certifica che ____ l ____ Sig. _____
 nat ____ a _____ il _____
 in possesso della tessera elettorale rilasciata dal Comune di _____
 _____ (Sezione numero _____) è affett ____ dalla seguente infermità fisica che
 impedisce l'espressione del voto senza l'aiuto di un altro elettore: ⁽²⁾ _____

_____, lì _____



IL SANITARIO

N.B. Il certificato medico deve essere rilasciato gratuitamente e in esenzione da qualsiasi diritto od applicazione di marche; inoltre l'impedimento deve essere riconducibile alla capacità visiva dell'elettore o al movimento degli arti superiori e non alla sfera psichica dello stesso (Cons. di Stato n. 505 del 6-6-1990), salvo che la relativa condizione psichica comporti anche una menomazione fisica incidente sulla capacità ad esercitare materialmente il voto.
 Inoltre, non sono conformi alle disposizioni che regolano il procedimento elettorale i certificati medici che, nell'attestare l'esistenza di un'infermità fisica che impedisce all'elettore di esprimere il voto senza l'aiuto di un altro elettore, non indichino anche la relativa patologia (Consiglio di Stato n. 1721 del 21-3-2011).
