



**CERTIFICATO MEDICO PER L'ACCOMPAGNAMENTO AL VOTO
DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP FISICO**

(D.P.R. 30/03/1957 n° 361 e successive modifiche ed integrazioni)

Si certifica che il/la signor/a
nato/a a il
residente in
via n°
documento di identità n°
rilasciato da il
è portatore di handicap fisico che lo rende impossibilitato ad esercitare autonomamente il diritto di
voto (*)
.....
.....)

Si rilascia il presente certificato, su richiesta dell'interessato/a, perché lo/la stesso/a sia
ammesso/a ad esercitare il diritto di voto accompagnato/a da una persona di sua fiducia, a norma degli
articoli 55 e 56 del D. P. 30/03/1957 n° 361 e successive modifiche ed integrazioni.

IL MEDICO INCARICATO
(timbro e firma)

Data,)

(*) **NOTA BENE: cecità, amputazione degli arti superiori o delle mani, paralisi degli arti superiori, o altro
impedimento di analoga gravità, riferibile alle citate patologie**