



DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO NORD-EST

Direzione Distrettuale

Prot. n° 12725 del

29 GEN. 2018

Ai Sindaci ex DS Morcone

Morcone
Sassinoro
Circello
Colle Sannita
Castelpagano
Campolattaro
Reino
S.Croce del Sannio
Frangeto Monforte
Fragneto L'Abate
Pontelandolfo
Casalduni

Oggetto: **Certificazioni voto domiciliare**, ai sensi Legge n.22/2006 (elettori in condizione di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali) e Legge n. 4/2009 (elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione).

In ottemperanza al disposto delle normative citate in oggetto, si comunica che gli aventi diritto possono richiedere, senza alcun onere finanziario, il rilascio della certificazione attestante il diritto al voto domiciliare, presso la U.O. Medicina Legale, utilizzando e compilando in tutte le sue parti, il modello allegato alla presente e fornendo la documentazione sanitaria in possesso.

Si precisa che, in caso di indirizzo sbagliato o irreperibilità al domicilio, la visita non sarà ripetuta. Il rilascio avverrà entro e non oltre il 12.02.2018.

Le domande devono essere presentate:

- per i Comuni afferenti all'ex Distretto di Morcone presso la U.O. Medicina Legale, in Morcone, via Roma tel. 0824 955542, fax 0824 955509
- per i Comuni afferenti all'ex Distretto di San Bartolomeo in Galdo presso la UO Medicina Legale, sede San Bartolomeo in Galdo, c.da Torre, tel. 0824 823238, fax 0824 823243.

posta elettronica: medicinalegale.bne@aslbenevento1.it
PEC: medicinalegale.bne@pec.aslbenevento.it

Si chiede di dare massima pubblicità alla presente e al modello di richiesta allegato.

Distinti saluti.

Il Responsabile UOML
Dott. Ilена I. E. DI GENNARO



Il Direttore Responsabile DS BN NE f.f.
Dott. Giuseppe MATONE



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO 1
DISTRETTO SANITARIO BENEVENTO NORD EST
UO MEDICINA LEGALE

Responsabile: Dott. ssa Ilena I.E. DI GENNARO

Via Torre
 San Bartolomeo in Galdo
 tel 0824 823238 fax 0824 823243

Via Roma
 Morcone
 tel 0823 955542 fax 0824 955509

prot. /ML del / /

Al Dirigente UO Medicina Legale

Oggetto: richiesta certificazione per voto domiciliare (L.46/2009)

**Sig....., nato il / / a
 iscritto nelle liste elettorali Comune di ed ivi
 residente * in via.....n. Civico..... tel.....**

Il sottoscritto.....nato il / / a
e residente in.....

in qualità di

- Familiare /altro (specificare).....
- Diretto interessato

Chiede

IL RILASCIO CERTIFICAZIONE PER VOTO DOMICILIARE, AI SENSI

LEGGE 27/02/2006 N. 22 (voto domiciliare per elettori dipendenti in maniera continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali)

LEGGE 07/05/2009 N. 46 (voto domiciliare per elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione, anche con l'ausilio dei servizi art 29 della L.1043/92, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data del certificato...)

allega alla presente copia del doc. di riconoscimento proprio

(in caso la domanda venga presentata non direttamente dall'interessato) e dell'interessato e la documentazione sanitaria in suo possesso.

Precisa di essere rintracciabile al n. di tel. (fisso e/o cell.)

FIRMA

- NB: nel caso l'interessato non venga trovato al domicilio, o nel caso l'indirizzo sia errato, la visita non sarà ripetuta.

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL VOTO DOMICILIARE

da parte di elettori soggetti ad infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione
(Legge 27 gennaio 2006 n. 22 e modificata dalla Legge 7 Maggio 2009 n. 46)

Al SINDACO
del COMUNE di CIRCELLO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A IN.....il

RESIDENTE

.....RECAPITO TELEFONICO

PER L' ELEZIONE DELLA CAMERA DEI DEPUTATI E DEL SENATO DELLA
REPUBBLICA DEL **04 marzo 2018**, CHIEDE DI POTER ESERCITARE IL DIRITTO
DI VOTO PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO, POSTO IN (indicare l'indirizzo esatto)

.....

A TAL FINE ALLEGA:

- CERTIFICATO DI FUNZIONARIO MEDICO ABILITATO DELL'AZIENDA U.S.L. (in data NON antecedente al 10 Gennaio 2013) CHE ATTESTA IL POSSESSO DEI REQUISITI *(esistenza delle condizioni di gravissima infermità, con prognosi di almeno sessanta giorni decorrenti dalla data del rilascio o dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tale da non potersi allontanare dall'abitazione per recarsi al seggio)*

CIRCELLO,

Firma dell'interessato o di altra persona incaricata (*)

(*) Nel caso in cui la richiesta sia sottoscritta da persona diversa dall'elettore interessato, dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di riconoscimento di quest'ultima.