

**Oggetto: Rilascio certificati medici per gli elettori fisicamente impediti**

*Ai Dirigente Elettorale  
Ufficio Elettorale  
dei Comuni del comprensorio*

*Loro sedi*

*Per opportuna conoscenza e per i provvedimenti di rispettiva competenza in allegato alla presente si trasmette copia della disposizione di servizio per l'organizzazione e l'individuazione del Dirigente Medico preposto al rilascio delle certificazioni per gli elettori fisicamente impediti o che devono accedere ai seggi privi di barriere architettoniche per la consultazione elettorale del 17 aprile 2016.*

*Il giorno festivo 17 aprile 2016 oltre al personale in servizio nelle sedi e negli orari indicati nell'allegato, per eventuali urgenze, è inoltre disponibile il medico reperibile del Dipartimento di Prevenzione (zona ex ASL 3) da contattare tramite il centralino dei presidi ospedalieri di Spoleto e Foligno.*

*A disposizione per ogni eventuale ulteriore chiarimento, si inviano  
Distinti saluti*

*Dott. Anna Mencarelli*



**Oggetto: Consultazioni elettorali Referendum popolare Abrogativo del 17 aprile 2016  
Rilascio certificati medici per gli elettori fisicamente impediti**

*Ai Dirigenti Medici*

e p.c. *Ai Direttori dei Distretti*  
*- Foligno*  
*- Spoleto*  
*- Valnerina*

*Direttore Sanitario*

*Direttore Amministrativo*

*Loro sedi*

*In occasione delle consultazioni elettorali di cui al Referendum Popolare Abrogativo del 17 aprile 2016 si dispone che le SS.LL. il giorno 17 aprile 2016, in qualità di Dirigenti Medici designati, assicurino il servizio per il rilascio della certificazione medica agli elettori fisicamente impediti e per coloro che chiedono l'accesso ai seggi privi di barriere architettoniche secondo il seguente orario:*

**Norcia-Preci**

*c/o Centro di salute Norcia*

*Dr. Tasta L. ore 9,00-11,00*  
*Tel. 348/3548817*

**Cascia-Monteleone di Spoleto-Poggiodomo**

*c/o Centro di Salute di Cascia*

*Dr. Salvatori I. ore 9,00-11,00*  
*Tel. 348/5240025*

**Sellano**

*c/o Centro di Salute*

*Dr. Fiorini F. ore 8,30 - 9,30*  
*Tel. 348/8595915*

**Scheggino-S.Anatolia di Narco-Vallo di Nera**

*c/o Centro di Salute di Scheggino*

*Dr. Fiorini F. ore 11,15-12,15*  
*Tel. 348/8595915*

**Cerreto di Spoleto**

*c/o Centro di Salute*

*Dr. Fiorini F. ore 9,45-10,45*  
*Tel. 348/8595915*

**Colfiorito-Annifo-Casenove-Scopoli**

**Rasiglia-Verchiano-**

*c/o Centro di Salute di Colfiorito*

*Dr. Bellanti M. ore 8,00-10,00*  
*Tel. 348/8595866 - 335/5735049*

**Bevagna**

c/o Centro di Salute

Dr.ssa **Giulianelli M.** ore 9,00-10,00  
Tel. 348/5215157

**Montefalco**

c/centro di Salute

Dr.ssa **Giulianelli M.** ore 10,15-11,15  
Tel. 348/5215157

**Gualdo Cattaneo**

c/o Centro di Salute

Dr. **Stella P.** ore 10,00-11,30  
Tel. 348/2887438

**Nocera Umbra-Valtopina**

c/o Centro di Salute Nocera Umbra

Dr.ssa **Fancelli G.** ore 9,00 -11,00  
Tel. 348/5215170

**Foligno-Trevi-Speilo**

c/o Servizio Medicina Legale  
via del Campanile n. 12/d

Dr. **Corridoni F.** ore 9,00-11,00  
Tel. 348/2887346

**Campello sul Clitunno**

c/o Centro di Salute

Dr. ssa **Iannucci I.** ore 9,00- 10,00  
Tel.348/2887451

**Castel Ritaldi-Giano Dell'Umbria**

c/o Centro di Salute Castel Ritaldi

Dr. ssa **Iannucci I.** ore 10,30-11,30  
Tel.348/2887451

**Spoletto**

c/o Dipartimento di Prevenzione  
Via Manna

Dr.ssa **Romitelli P.** ore 9,00-11,00  
Tel. 348/2889282

Si allega copia della modulistica da utilizzare per il rilascio delle certificazioni in oggetto ivi compreso il modello di certificazione per gli elettori che, ai sensi del D.L. 03/01/06 n. 1, sono affetti da una infermità fisica che comporta la dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali che ne impedisce l'accesso fisico al seggio elettorale.

Si confida nella puntuale collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Dott. Anna Mencarelli



**CERTIFICATO MEDICO**  
**PER I SOGGETTI IMPOSSIBILITATI AD ESERCITARE**  
**PERSONALMENTE IL DIRITTO AL VOTO**  
(art. 41 DEL TU 16 maggio 1960 n.570 e successive modifiche)

Il sottoscritto medico designato dalla ASL Dott. ....  
certifica che il/la Signor/a .....nato/a a  
..... (.....) il ...../...../....., residente a ..... (.....)  
in via ..... n..... documento di riconoscimento .....  
n. .... rilasciato da ..... il ..... è  
**impossibilitato** ad esercitare personalmente il diritto di voto e necessita pertanto di  
un accompagnatore.

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(Firma e Timbro)

**CERTIFICATO MEDICO  
PER PORTATORI DI HANDICAP NON DEAMBULANTI  
PER L'ACCESSO AI SEGGI PRIVI DI BARRIERE ARCHITETTONICHE**  
(Legge 15/1991)

Il sottoscritto medico designato dalla ASL Dott. ....  
certifica che il/la Signor/a ..... nato/a a  
..... (.....) il ...../...../....., residente a ..... (.....)  
in via ..... n..... documento di riconoscimento .....  
n. ...., rilasciato da ..... il ..... presenta:

- impossibilità alla deambulazione;
- capacità alla deambulazione gravemente ridotta.

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(Firma e Timbro)

**CERTIFICATO MEDICO  
PER VOTO DOMICILIARE PER ELETTORI IN DIPENDENZA VITALE DA  
APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI  
O INTRASPORTBILI**

*(D.L. 3 gennaio 2006, n. 1, convertito in Legge 27/01/2006 n. 22, art. 1)*

Il sottoscritto medico designato dalla ASL Dott. ....  
certifica che il/la Signor/a .....nato/a a  
..... (.....) il ...../...../....., residente a ..... (.....)  
in via ..... n..... documento di riconoscimento .....  
n. .... rilasciato da ..... il ..... presenta:  
 un' infermità fisica che comporta la dipendenza continuativa e vitale da  
apparecchiature elettromedicali ed è tale da impedire all'elettore di recarsi al seggio;  
 gravissime infermità per le quali l'allontanamento dalla abitazione risulti  
impossibile anche con l'ausilio dei servizi di trasporto pubblico previsti dall'art 29/  
della Legge n. 104 /92.

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(Firma e Timbro)