



COMUNE DI COLLEFERRO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Italia, 1 00034 Colleferro (RM)
www.comune.colleferro.rm.it

UFFICIO ELETTORALE

ESERCIZIO DEL DIRITTO DI VOTO ASSISTITO da PARTE di ELETTORI AFFETTI DA GRAVI INFERMITA'

IL SINDACO

RENDE NOTO

che in virtù della legge 5 febbraio 2003, n. 17, gli **elettori fisicamente impediti ad esprimere autonomamente il voto** possono presentare, al Comune di iscrizione nelle liste elettorali, una **domanda** per ottenere in via permanente il **diritto all'esercizio del voto con l'assistenza di un accompagnatore di fiducia**.

La **domanda** deve essere corredata da **documentazione sanitaria**, rilasciata gratuitamente ed in esenzione da diritti e marche dal funzionario medico designato dal competente organo dell'unità sanitaria locale (ASL), **attestante che l'elettore è impossibilitato ad esprimere autonomamente il voto**.

L'accoglimento della richiesta comporterà l'apposizione di uno speciale timbro sulla tessera elettorale che consentirà di evitare, in occasione di ogni consultazione, di dover ricorrere al certificato medico per essere accompagnata in cabina elettorale da persona di fiducia.

Inoltre, si rende noto che l'accompagnatore del disabile potrà essere individuato fra gli elettori di un Comune qualsiasi della Repubblica.

Colleferro, 03 maggio 2022



IL SINDACO
Riordugi SANNA

Al Sindaco
del Comune di Colferro
(Servizio Elettorale)

OGGETTO: **richiesta di annotazione del diritto di voto assistito sulla tessera elettorale.**

Io sottoscritto _____
nat_ a _____ il _____
residente in _____
Via _____ n. _____
Affett_ da grave infermità che non consente l'autonoma espressione del voto senza l'aiuto di un
accompagnatore di fiducia

CHIEDO

Che venga annotato sulla mia tessera l'apposito timbro che consente, in via permanente, l'esercizio del
diritto di voto con l'assistenza di persona di fiducia, ai sensi della legge 5 febbraio 2003, n. 17.

Allo scopo allego la certificazione sanitaria rilasciata dal competente medico dell'unità sanitaria
locale (ASL) attestante l'impossibilità ad esercitare il diritto di voto.

Data _____

Firma

Spazio riservato al Comune

*Atteso che la presente richiesta è stata fatta in mia presenza dall'interessat____, identificat____ a mezzo
di _____ che non l'ha potuta sottoscrivere a causa
di _____*

Data _____

_____ *Firma del Pubblico Ufficiale*