



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - CATANZARO
UNITÀ OPERATIVA MEDICINA LEGALE

Direttore: Dr. Piercarlo Rizzi

Via Ettore Vitale n. 248 - 88100 CATANZARO

Tel 0961 - 7033802 - Fax 0961 - 7033813

PEC: medicinalegale@pec.asp.cz.it

Prot. n. 2608

Catanzaro, 18 Marzo 2016

Sigg.ri Sindaci
ambito dell'ex AS7 - Catanzaro

Oggetto: Rilascio certificazioni agli elettori fisicamente impediti
Consultazione referendaria del 17 Aprile 2016

In riferimento all'oggetto, si informa che gli elettori fisicamente impediti, bisognevoli di accompagnatore per accedere alla votazione o di usufruire di seggio esente da barriere architettoniche, possono rivolgersi **DA SUBITO** presso gli ambulatori dell'Unità Operativa di Medicina Legale, nei giorni ed orari indicati nell'avviso allegato alla presente, oppure nei giorni interessati dalla consultazione elettorale, nelle sedi e orari anch'essi specificati nel medesimo avviso.

In riferimento alla L.46/09, al fine di consentire adeguata programmazione delle attività di competenza, si chiede la cortese collaborazione della S.V. affinché le richieste di accertamento vengano fatte pervenire a questa U.O. entro il più breve tempo possibile e, comunque, con anticipo di almeno 5 giorni rispetto alla data ultima indicata dalla norma (20° giorno prima delle elezioni), da inoltrare all'U.O. di Medicina Legale a mezzo fax o PEC.

Sempre al fine di consentire la programmazione delle attività dell'Unità Operativa di Medicina Legale, si invita la S.V. a comunicare, entro il più breve tempo possibile, eventuale, diversa indicazione dei termini di scadenza.

Si precisa che il mancato riscontro alla presente verrà considerato quale conferma dei tempi di scadenza indicati dalla citata normativa (**Lunedì 28 Marzo 2016**).

Si evidenzia che le istanze devono essere costituite da:

- Domanda dell'interessato, come da modello allegato alla presente;
- Copia di valido documento di riconoscimento (se firma persona delegata, anche copia del documento di questa);
- Certificato medico come da modello allegato alla presente.

Confidando nella Loro cortese collaborazione, si porgono distinti saluti.

COMUNE DI VALLEGIORITA
Provincia di Catanzaro
PROT. N. 1302
del 21 MAR 2016
Categ. Cl. Fasc.



Dr. Piercarlo Rizzi

RSA + MENCA
JBR



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - CATANZARO
UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA LEGALE

Direttore: Dr. Piercarlo Rizzi
Via Ettore Vitale n. 248 - 88100 CATANZARO
Tel 0961 - 7033802 - Fax 0961 - 7033813
PEC: medicinalegale@pec.asp.cz.it

AVVISO

CERTIFICAZIONI ELETTORI FISICAMENTE IMPEDITI

Refrendum 17 Aprile 2016

GLI ELETTORI FISICAMENTE IMPEDITI, AL FINE DI ESSERE SOTTOPOSTI AD ACCERTAMENTO FINALIZZATO AL RILASCIO DI APPOSITA CERTIFICAZIONE, **POSSONO PRESENTARSI, DA SUBITO**, PRESSO GLI AMBULATORI DELLA MEDICINA LEGALE:

Soverato Piazza Casalnuovo	dal Lunedì al Venerdì	dalle ore 09:00 alle ore 10:00
--------------------------------------	-----------------------	--------------------------------

OPPURE potranno presentarsi:

Ambulatorio	Data	dalle ore	alle ore
SOVERATO			
Piazza Casalnuovo	Giovedì 14 Aprile 2016	08:30	10:00
	Venerdì 15 Aprile 2016	08:30	10:00
	Sabato 16 Aprile 2016	11:00	12:30
	Domenica 17 Aprile 2016	11:00	12:30
CHIARAVALLE C.LE			
Polo Sanitario	Giovedì 14 Aprile 2016	10:00	11:00
	Venerdì 15 Aprile 2016	13:00	14:00
	Sabato 16 Aprile 2016	08:30	10:30
	Domenica 17 Aprile 2016	08:30	10:30
BADOLATO			
Polo Sanitario	Giovedì 14 Aprile 2016	08:30	09:30
	Venerdì 15 Aprile 2016	08:30	09:30
	Sabato 16 Aprile 2016	09:00	11:00
	Domenica 17 Aprile 2016	09:00	11:00
GIRIFALCO			
Polo Sanitario	Giovedì 14 Aprile 2016	08:30	10:00
	Venerdì 15 Aprile 2016	08:30	10:00
	Sabato 16 Aprile 2016	08:30	10:30
	Domenica 17 Aprile 2016	08:30	10:30
SQUILLACE			
Polo Sanitario	Giovedì 14 Aprile 2016	11:00	12:00
	Venerdì 15 Aprile 2016	11:30	12:30
	Sabato 16 Aprile 2016	11:00	12:30
	Domenica 17 Aprile 2016	11:00	12:30

Per soggetti **FISICAMENTE** impediti devono intendersi:

- > **CIECHI**
- > **AMPUTATI O AFFETTI DA PARALISI O ALTRO IMPEDIMENTO DI ANALOGA GRAVITÀ, A CARICO DI AMBEDUE LE MANI.**

Pertanto, l'ammissione al voto assistito **NON** è consentita per infermità non influenti sulla funzione visiva e delle mani (quindi **NON** è concessa ad infermi **psichici**).

Il richiedente, **CHE DOVRÀ ESSERE IN CONDIZIONI PSICHICHE DA ESPRIMERE LA PROPRIA VOLONTÀ DI VOTARE**, dovrà presentarsi all'accertamento sanitario munito di:

- 1) **Valido documento di riconoscimento.**
- 2) Documentazione **specialistica oculistica** che attesti il grado di deficit visivo da cui è affetto (in carenza di tale documentazione, il certificato non potrà essere rilasciato).

DOMANDA per richiedere l'accertamento Medico Legale per esprimere il voto al domicilio
(Legge n. 22/2006 come modificata da Legge n. 46/2009)

Direttore Unità Operativa di Medicina Legale
A.S.P. di Catanzaro
Via Ettore Vitale n.248
88100 Catanzaro
Tel 0961 - 7033802 - Fax 0961 - 7033813
PEC: medicinalegale@pec.asp.cz.it

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ n. _____

tel. n. _____, essendo affetto da:

gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi organizzati dal Comune per gli elettori disabili;

ovvero

da grave infermità tale da impedire l'allontanamento dall'abitazione in cui dimoro a causa della dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali

CHIEDO

di essere sottoposto a visita domiciliare per ottenere il rilascio del certificato di cui al comma 3 lettera b) della L. 46/09.

Allo scopo allego:

Certificato medico attestante, oltre alla **diagnosi** delle infermità, l'esistenza delle condizioni di cui al comma 1 dell'art. 1 della Legge n. 46/2009:

di essere affetto da gravissime infermità, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimoro risulti impossibile, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'articolo 29 della L.104/92 (automezzi per il trasporto dei disabili, anche dotati di elevatore per sedie a rotelle).

di essere affetto da gravi infermità per cui verso in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora.

copia di documento di riconoscimento (se firma persona delegata, anche copia del documento di questi).

_____, li _____
(luogo) (data)

(firma)