

**COMUNE DI BARCELLONA POZZO DI GOTTO  
CITTA' METROPOLITANA  
MESSINA**

**ELEZIONI AMMINISTRATIVE DEL 04 E 05 OTTOBRE 2020**

**AVVISO**

**VOTO DOMICILIARE PER ELETTORI AFFETTI DA  
INFERMITA' CHE NE RENDANO IMPOSSIBILE  
L'ALLONTANAMENTO DALL'ABITAZIONE.**

**\*\*\*\*\***

**GLI ELETTORI AFFETTI DA GRAVE INFERMITA' CHE SI TROVINO IN  
CONDIZIONI DI DIPENDENZA CONTINUATIVA E VITALE DI  
APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI TALI DA IMPEDIRNE  
L'ALLONTANAMENTO DALL'ABITAZIONE IN CUI DIMORANO ED  
ELETTORI AFFETTI DA GRAVISSIME INFERMITA' TALI CHE  
L'ALLONTANAMENTO DALL'ABITAZIONE IN CUI DIMORANO  
RISULTI IMPOSSIBILE ANCHE CON L'AUSILIO DEI SERVIZI PREVISTI  
DAL TRASPORTO PUBBLICO CHE I COMUNI ORGANIZZANO IN  
OCCASIONE DI CONSULTAZIONI PER FACILITARE GLI ELETTORI  
DISABILI AL RAGGIUNGIMENTO DEL SEGGIO ELETTORALE,  
POTRANNO FARE DOMANDA, DA PRESENTARE TRA IL 40° e 20°  
GIORNO ANTECEDENTE LA DATA DELLE ELEZIONI, OSSIA FRA  
MARTEDI' 25 AGOSTO E LUNEDI' 14 SETTEMBRE 2020, ALLEGANDO:**

**Certificazione sanitaria rilasciata dal medico incaricato ASL:**

La certificazione dovrà essere riprodotta con l'esatta formulazione di infermità di cui all'art.1 del DECRETO-LEGGE 3 gennaio 2006, n. 1, convertito con modificazioni dalla legge 27 gennaio 2006 n. 22, come modificato dalla legge 7 maggio 2009, n.46, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data del rilascio del certificato. Tale certificato potrà attestare anche l'eventuale necessità di un accompagnatore per l'esercizio del voto.

Barcellona P.G. 25 Agosto 2020

**IL SINDACO**  
F.to Dott.Roberto Materia

**Dichiarazione di elettore attestante la volontà di esercitare  
il diritto di voto nell'abitazione in cui dimora**

**VOTAZIONI DEL GIORNO .....**

Il/La sottoscritto/a .....,  M  F  
nato/a a ....., il .....,  
residente in ....., Via .....,  
tessera elettorale n. .... sezione n. .... del Comune di residenza,

**DICHIARA**

di voler esercitare il proprio diritto di voto per le elezioni del giorno ....., nell'abitazione  
in cui dimora sita nel Comune di .....,  
Via ....., n. ...., presso .....

A tal fine allega:

- 1) Copia della tessera elettorale;
- 2) Certificato rilasciato dal funzionario medico designato dall'A.U.S.L. di ..... da cui  
il/la sottoscritto/a risulta:

- affetto/a da gravissima infermità, tale che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulti  
impossibile anche con l'ausilio dei servizi di cui all'articolo 29, legge 5 febbraio 1992, n. 104, con  
prognosi di gg. .... (almeno 60) decorrenti dalla data di rilascio del certificato.
- in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedire  
l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora.

Data .....

Il/La dichiarante

Legge 05.02.1992, n. 104

**Art. 29 - Esercizio del diritto di voto.**

1. In occasione di consultazioni elettorali, i comuni organizzano i servizi di trasporto pubblico in modo da facilitare agli elettori handicappati il raggiungimento del seggio elettorale.

2. Per rendere più agevole l'esercizio del diritto di voto, le unità sanitarie locali, nei tre giorni precedenti la consultazione elettorale, garantiscono in ogni comune la disponibilità di un adeguato numero di medici autorizzati per il rilascio dei certificati di accompagnamento e dell'attestazione medica di cui all'articolo 1 della legge 15 gennaio 1991, n. 15.

3. Un accompagnatore di fiducia segue in cabina i cittadini handicappati impossibilitati ad esercitare autonomamente il diritto di voto. L'accompagnatore deve essere iscritto nelle liste elettorali. Nessun elettore può esercitare la funzione di accompagnatore per più di un handicappato. Sul certificato elettorale dell'accompagnatore è fatta apposita annotazione dal presidente del seggio nel quale egli ha assolto tale compito.