

Esercitare il diritto al voto

Data e luogo

Certifico che il/la signor/a

Cognome

nome

nato/a a

il

residente a

in via

Riconosciuto/a attraverso il documento

Rilasciato da

il

È affetto/a dalle seguenti infermità (o lesioni):

Pertanto non è in grado di esercitare il diritto al voto se non accompagnato/a in cabina da persona di fiducia.

Si rilascia ad uso elettorale.

In fede

FIRMA