



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Distretto Socio Sanitario Alto Sannio Fortore 11

U.O.S. Assistenza Sanitaria

Mail: assistenzasanitaria.bne@aslbenevento1.it
Pec: assistenzasanitaria.bne@pec.aslbenevento.it

Protocollo generale n. 44159 del 29/04/2022

Ai Sindaci del Distretto Socio Sanitario 11 ASF

San Bartolomeo in Galdo

Molinara

Santa Croce del Sannio

Campolattaro

Sassinoro

Al Commissario del Comune di

San Marco dei Cavoti

Oggetto: Certificazione voto domiciliare elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione.

Ai sensi della legge n.22/2006 (elettori in condizione di dipendenza continuativa e vitale da apparecchi elettromedicali) e Legge n.46/2009 (elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione).

In ottemperanza al disposto delle normative citate in oggetto, si comunica che gli aventi diritto devono inoltrare domanda per il rilascio della certificazione attestante il diritto all'esercizio del voto domiciliare presso UOSAS - Ufficio di Medicina Legale, utilizzando e compilando in tutte le sue parti, il modello allegato alla presente e fornendo la documentazione sanitaria in possesso.

Si ricorda che le visite domiciliari potranno essere effettuate da **martedì 3 maggio a lunedì 23 maggio 2022**. Tale termine (23 maggio) deve considerarsi ultimo giorno utile per il rilascio delle certificazioni e per la presentazione delle stesse ai comuni di residenza.

Le domande devono essere presentate UOS AS Ufficio Medicina Legale:

- Morcone via Roma tel. 0824 955542 pec assistenzasanitaria.bne@pec.aslbenevento.it
- San Bartolomeo in Galdo presso UOS AS C.da Torre tel. 0824 823238 assistenzasanitaria.bne@pec.aslbenevento.it.

Distinti saluti

Il Dirigente Responsabile UOS ASS
Dott.ssa Maria Cristina Lucarelli



Il Direttore del DSS 11 ASF
Dott. Gelsomino Antonio Ventucci



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Distretto Socio Sanitario Alto Sannio Fortore 11

U.O.S. Assistenza Sanitaria

Mail: assistenzasanitaria.bne@aslbenevento1.it
Pec: assistenzasanitaria.bne@pec.aslbenevento.it

Al Dirigente UOS Assistenza Sanitaria

Oggetto: richiesta certificazione per voto domiciliare .

Sig....., nato il / / a
iscritto nelle liste elettorali Comune di ed ivi residente
in via.....n. * tel.....

Il sottoscritto..... nato il / /
ae residente in.....
in qualità di

- Familiare /altro (specificare).....
 Diretto interessato

Chiede

IL RILASCIO CERTIFICAZIONE PER VOTO DOMICILIARE, AI SENSI

LEGGE 27/02/2006 N. 22 (voto domiciliare per elettori dipendenti in maniera continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali)

LEGGE 07/05/2009 N. 46 (voto domiciliare per elettori affetti da infermità che ne rendano impossibile l'allontanamento dall'abitazione, anche con l'ausilio dei servizi art 29 della L.1043/92, con prognosi di almeno 60 giorni decorrenti dalla data del certificato...)

allega alla presente copia del doc. di riconoscimento proprio (in caso la domanda venga presentata non direttamente dall'interessato) e dell'interessato e la documentazione sanitaria in suo possesso.

Precisa di essere rintracciabile al n. di tel. (fisso e/o cell.)

FIRMA

* nel caso l'interessato non sia reperibile all'indirizzo indicato, la domanda si intende annullata e la visita non sarà ripetuta.