

**COMUNE DI JOPPOLO GIANCAXIO**  
*(Libero Consorzio Comunale di Agrigento)*



**A V V I S O**

**DIRITTO DI VOTO ASSISTITO**

Anche in occasione delle prossime consultazioni per le Elezioni Amministrative del 10 Giugno 2018, gli elettori fisicamente impediti ad esprimere autonomamente il voto possono esercitare tale diritto con l'assistenza di un elettore della propria famiglia o di altro elettore liberamente scelto, purché iscritti nelle liste elettorali in un qualsiasi Comune della Repubblica.

Sono da considerarsi fisicamente impediti i ciechi, gli amputati delle mani, gli affetti da paralisi o altro impedimento di analoga gravità.

Quando l'impedimento non sia evidente, esso potrà essere dimostrato con un certificato rilasciato gratuitamente ed in esenzione da qualsiasi diritto dal funzionario medico designato dall'A.S.P.

Il certificato medico deve attestare che l'infermità fisica impedisce all'elettore di esprimere il voto senza l'aiuto di altro elettore.

L'impedimento fisico, in ogni caso, deve essere riconducibile alla capacità visiva dell'elettore oppure al movimento degli arti superiori, essendo escluse le infermità che influiscono sulla sfera psichica dell'elettore.

Coloro che siano in possesso di libretto nominativo rilasciato dal Ministero dell'Interno in favore di ciechi civili per cecità assoluta, ovvero siano titolari di tessera elettorale su cui è già stato apposto il simbolo o codice per il diritto di voto assistito, non necessitano di alcuna certificazione medica.



IL SINDACO  
Angelo Giuseppe Portella

Allegati:

- Domanda di voto assistito

**Al Sindaco del Comune  
di Joppolo Giancaxio**

**Ufficio Elettorale  
Via Kennedy n°5**

**Richiesta di annotazione del diritto di voto assistito sulla Tessera Elettorale**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Numero Tessera elettorale \_\_\_\_\_ Numero Sezione \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel /cell \_\_\_\_\_

e.mail \_\_\_\_\_

affetta/o da grave infermità che non consente l'autonoma espressione del voto senza l'aiuto di un accompagnatore di fiducia

**CHIEDE**

che venga apposto sulla tessera elettorale l'apposito timbro che consente, in via permanente, l'esercizio del diritto di voto con l'assistenza di persona di fiducia, ai sensi della L. n.17 del 5/2/2003.

A tale scopo allega:

1. Certificazione sanitaria rilasciata dal competente medico dell'A.S.P. attestante l'impossibilità permanente di esercitare autonomamente il diritto di voto;
2. Tessera elettorale.

**Data**

**Il/La dichiarante**