

.....li...../...../.....

**OGGETTO: Consultazione elettorale del 8 -9 giugno 2024.****Esercizio del diritto di voto ad elettori fisicamente impediti (DPR 570/1960, art. 41; L.104/92;L 05/02/03, n° 17).**

Si certifica che il/la Sig./ra .....

nato/a a .....(.....) il ...../...../.....

identificato/a con documento d'identità..... N° .....

rilasciato da.....il ...../...../.....

 è permanentemente non deambulante è temporaneamente non deambulante**Il Medico incaricato**

**U.O. MEDICINA  
LEGALE PISA  
LIVORNO**  
Responsabile:  
**Dr Stefano Lelli**  
Via Gentile da  
Fabriano 1/A  
56122 PISA  
Tel 050954595  
Email:  
[stefano.elli@uslnordov](mailto:stefano.elli@uslnordov)

Azienda UsI  
Toscana nord ovest  
*sede legale*  
via Cocchi, 7  
56121 - Pisa  
P.IVA: 02198590503