



Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Struttura Complessa MEDICINA LEGALE
DIRETTORE: DOTT.SSA TIBERIA BOCCARDO

ELEZIONI EUROPEE ed ELEZIONI COMUNALI PER I COMUNI DI: AVEGNO – BARGAGLI - BUSALLA – CAMPO LIGURE – CAMPOMORONE – DAVAGNA – FASCIA – FONTANIGORDA – GORRETO - ISOLA DEL CANTONE – LUMARZO – MELE – MIGNANEGO - MONTEBRUNO – RECCO – ROSSIGLIONE– SAVIGNONE - SERRA RICCO’ - SORI - TIGLIETO - USCIO –

DI SABATO 8 E DOMENICA 9 GIUGNO 2024

INFORMAZIONE AGLI ELETTORI

LE CERTIFICAZIONI MEDICHE PER ELETTORI NON DEAMBULANTI (Legge N. 15 del 15.01.91)
E QUELLE PER L'ACCOMPAGNAMENTO ALL'INTERNO DEI SEGGI (Legge N. 271 del 11.08.91)

DAL 30/04/2024 AL 8/6/2024

SARANNO RILASCIATE PRESSO I SEGUENTI AMBULATORI DELLA
S.C. MEDICINA LEGALE DELLA ASL 3 “GENOVESE”

Dal 30/04/2024 al 07/06/2024 con prenotazione CUP	<ul style="list-style-type: none">▶ <u>BOLZANETO</u> - Piazza Osp. Pastorino, 3▶ <u>CENTRO</u> - Via Archimede, 30a secondo piano▶ <u>VOLTRI</u> – Via C.Camozzini, 15 – piano 4
Sabato 8/06/2024 con prenotazione CUP	▶ <u>CENTRO</u> – Via Canevari 168 a rosso Sabato / Orario 8.30 – 11.30
Domenica 9/06/2024 (giorno di votazione) orario: 7.00 – 23.00	▶ Sarà possibile telefonare al numero: 010-84911 Centralino ASL 3 “Genovese”, per essere messi in contatto con i nostri medici reperibili.

**Per permettere l'effettuazione di tali visite verranno aperti ambulatori dedicati esclusivamente per poter sopperire alle richieste, che non rientrano nell'elenco degli ambulatori ordinari.
Sarà cura del CUP indicare le date agli elettori che faranno richiesta della certificazione per le elezioni del 8-9 giugno 2024.**

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Struttura Complessa MEDICINA LEGALE
DIRETTORE: DOTT.SSA TIBERIA BOCCARDO

**ELEZIONI EUROPEE ed ELEZIONI COMUNALI PER I COMUNI DI: AVEGNO
- BARGAGLI - BUSALLA - CAMPO LIGURE - CAMPOMORONE - DAVAGNA - FASCIA -
FONTANIGORDA - GORRETO - ISOLA DEL CANTONE - LUMARZO - MELE - MIGNANEGO -
MONTEBRUNO - RECCO - ROSSIGLIONE - SAVIGNONE - SERRA RICCO' - SORI - TIGLIETO - USCIO**

DI SABATO 8 E DOMENICA 9 GIUGNO 2024

CERTIFICAZIONE MEDICA LEGALE ART. 1 DEL DECRETO-LEGGE N. 1/2006 CONVERTITO DALLA LEGGE
N. 22/2006 E MODIFICATO DALLA LEGGE 46/2009.

INFORMAZIONE AGLI ELETTORI

VOTO A DOMICILIO

L'Art. 1 del decreto-legge n. 1/2006 convertito dalla legge n. 22/2006 e modificato dalla legge 46/2009, prevedono che gli elettori affetti da gravissima infermità fisica, tale da impedire di recarsi al seggio, debbano far pervenire al Sindaco

preferibilmente entro il 20/05/2024

una dichiarazione di volontà ad esprimere il voto a domicilio corredata da una certificazione medica.

Suddetta certificazione sarà rilasciata dalla scrivente Struttura, a tale proposito l'elettore dovrà compilare un'istanza, che potrà essere scaricata dal sito ASL 3 Genovese (www.asl3.liguria.it) nella parte dedicata. La stessa dovrà pervenire:

per posta certificata

protocollo@pec.asl3.liguria.it

per email:

medicina.legale@asl3.liguria.it

per fax:

010/8498753

Ulteriori informazioni potranno essere richieste ai seguenti numeri telefonici:
010/8498965-8756 (dal lunedì al venerdì orario 9.00-12.00)

VISITA AMBULATORIALE: PRENOTAZIONE CUP N° 800.098.543

Asl 3 Genovese
S.C. Medicina Legale
Via Bertani, 4
16125 GENOVA

PROT. N° _____ **DEL** _____

OGGETTO: ELETTORI NON DEAMBULANTI (Legge N.15 del 15.01.91)
ACCOMPAGNAMENTO ALL'INTERNO DEI SEGGI (Legge N. 271 del 11.08.91)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente _____ in
Via _____ cap _____

Comune _____ mail _____

Cellulare _____ telefono _____

Affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e:

Chiede il rilascio della certificazione medica per

ELETTORI NON DEAMBULANTI (Legge N.15 del 15.01.91)

ACCOMPAGNAMENTO ALL'INTERNO DEI SEGGI (Legge N. 271 del 11.08.91)

Allega:

- Certificato medico attestante le patologie
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità (art.38, comma 3, D.P.R. n. 445/2000)

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo n. 2016/679 e norme attuative (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono stato/a informato/a del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita medica, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche ad opera di personale autorizzato ed istruito da questa Azienda Sanitaria Locale, secondo le vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Data, _____

Firma leggibile