



IO SOTTOSCRITTO _____
IN QUALITA' DI _____ CHIEDO
PER IL SIG. _____
NATO/A _____ IL _____
RESIDENTE IN VIA _____ N. _____
COMUNE DI _____
TEL. _____ CELL. _____

LA VISITA DI UN MEDICO DELLA ZONA DISTRETTO VALLE DEL SERCHIO PER L'EVENTUALE RILASCIO DELLA
CERTIFICAZIONE RELATIVA AL VOTO DOMICILIARE.

* SI ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

DATA

FIRMA

GALLICANO



COMUNE DI GALLICANO - C. D874 - - 1 - 2025 -

Prot. Generale n: 0006183

A

Data: 29/04/2025

Ora: 09.57

Classific.:

Pieve Fosciana 23/04/2025

Ai Sindaci dei Comuni della
Zona Valle del Serchio

e.p.c.

Ai Medici di Medicina Generale della Zona Valle Del Serchio

Ai medici di Comunità dell'UF Cure Primarie Valle del Serchio

Alla Prefettura di Lucca

- Loro sedi -

Azienda USL Toscana nord ovest



OGGETTO: Elezioni del 8-9 Giugno 2025. Richiesta per voto domiciliare

In previsione del turno elettorale di cui all'oggetto, con la presente si ricorda che le domande per il voto domiciliare possono essere presentate, ai sensi del DL n. 1 del 02/01/2006 art 1, convertito nella L. n. 22 del 27/01/2006 e successive modificazioni previste dalla L. n. 46 del 07/05/2009, a favore di

- A. elettori affetti da gravissime infermità, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimorano risulti impossibile anche con l'ausilio dei servizi di trasporto messi a disposizione dal comune per agevolare il raggiungimento del seggio elettorale da parte di persone con disabilità.
- B. elettori affetti da gravi infermità che si trovino in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali tali da impedire l'allontanamento dall'abitazione.

Le domanda deve essere presentata presso la Segreteria della Zona Distretto Valle del Serchio inviando per e-mail al seguente indirizzo: zonavalle@uslnordovest.toscana.it il modulo allegato entro i termini indicati dagli Uffici Elettorali.

Al momento della presentazione della domanda dovranno essere fornite le generalità della persona che chiede il voto domiciliare, l'indirizzo di residenza e un recapito telefonico (vedi modulo allegato) in modo che si possa predisporre la visita domiciliare da parte di un medico di Comunità della Zona Distretto Valle del Serchio, finalizzata alla verifica delle condizioni previste per l'autorizzazione al voto domiciliare e al rilascio del relativo certificato medico.

A disposizione per ulteriori informazioni o chiarimenti, (tel 0583 669744)

Cordiali saluti.

Il Coordinatore Sanitario
Responsabile UF Cure Primarie
Valle del Serchio
Dott. Marco Farnè



MARCO FARNE'
Regione
Toscana/01386030488
23.04.2025 14:41:05
GMT+02:00

Il Direttore
della Zona Valle del Serchio
Dott. Fabio Costa



FABIO COSTA
Regione
Toscana/01386030488
23.04.2025 14:38:32
GMT+02:00

Zona Distretto
Valle del Serchio
Il Direttore
Dott. Fabio Costa

via per Pontardeto, 29
55036 Pieve Fosciana
(LU)
Tel. 0583 669671

Mail:
fabio.costa@uslnordovest.toscana.it

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