



CITTA' DI CASTROVILLARI

Piazza Municipio 1 – Palazzo di Città - Cap. 87012 – Prov. Cs –
Cod. Fisc. 83000330783 – P. I. 00937850782 – C.C.P. 298893 –

COMIZI ELETTORALI

di domenica 3 e lunedì 4 ottobre 2021

DECRETO-LEGGE 17 agosto 2021, n. 117

Disposizioni urgenti concernenti modalità operative precauzionali e di sicurezza per la raccolta del voto degli elettori positivi al COVID-19, collocati in quarantena ospedaliera o domiciliare, e di tutti coloro che si trovano in isolamento fiduciario

**IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO ELETTORALE
RENDE NOTO**

Che limitatamente alle consultazioni elettorali dell'anno 2021, gli elettori positivi al COVID-19, collocati in quarantena ospedaliera o domiciliare, e di tutti coloro che si trovano in isolamento fiduciario sono ammessi ad esprimere il voto presso il proprio domicilio nel comune di residenza.

A tal fine, tra il 10° e il 5° giorno antecedente quello della votazione cioè tra il 23 e il 28 settembre p.v., l'elettore deve far pervenire al comune nelle cui liste è iscritto, i seguenti documenti:

- a) una dichiarazione in cui si attesta la volontà di esprimere il voto presso il proprio domicilio indicando con precisione l'indirizzo completo del domicilio stesso;
- b) un certificato, rilasciato dal funzionario medico designato dai competenti organi dell'azienda sanitaria locale, in data non anteriore al 19 settembre (14° giorno antecedente la data della votazione), che attesti l'esistenza delle condizioni di cui all'articolo 3, comma 1, del decreto-legge in oggetto (positivo al Covid-19, collocato in quarantena ospedaliera o domiciliare, o isolamento fiduciario).

L'ufficio elettorale comunale è a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Castrovillari 27 settembre 2021 IL RESPONSABILE UFFICIO ELETTORALE

IL RESPONSABILE
UFFICIO ELETTORALE
ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO
ADRIANA IL GRANDE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI

.....
Dipartimento di

(1)

**CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO
DEL DIRITTO DI VOTO A DOMICILIO PER COVID-19**

(D.L. 17 agosto 2021, n. 117)

IL FUNZIONARIO MEDICO DESIGNATO (2)

CERTIFICA (3)

che l'elett.....

nat..... a..... il

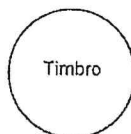
residente a

è sottoposto al trattamento domiciliare (soggetti positivi sintomatici in trattamento per infezione da SARS-CoV-2);

è in condizioni di quarantena (contatti stretti ovvero persone esposte a SARS-CoV-2 ma asintomatiche e senza conferma di positività per il patogeno virale, nonché soggetti provenienti da aree a rischio per i quali le vigenti disposizioni prevedono l'obbligo di quarantena);

è in isolamento fiduciario [persone sintomatiche per le quali non vi è accertamento di positività al SARS-CoV-2 oppure persone positive al SARS-CoV-2 che non necessitano di alcun trattamento (c.d. contagiati asintomatici o paucisintomatici)]

Li



FUNZIONARIO MEDICO DESIGNATO (2)

.....

(1) Indicare il tipo e la data della consultazione.

(2) Designato dai competenti organi della A.S.L. I designati non possono essere candidati né parenti fino al 4° grado di parentela.

(3) I certificati devono essere rilasciati immediatamente e gratuitamente, nonché in esenzione di qualsiasi diritto ad applicazione di marche (art. 9 legge 11 agosto 1991, n. 271).

Al Sindaco
Città di Castrovillari
protocollo@pec.comune.castrovillari.cs.it

| | |
|----------|--|
| OGGETTO: | Domanda per la raccolta del voto degli elettori positivi al COVID-19, collocati in quarantena ospedaliera o domiciliare, e di tutti coloro che si trovano in isolamento fiduciario. |
|----------|--|

Il/La sottoscritto/a _____, M F
nato/a a _____, il _____,
residente in _____, Via _____,
tessera elettorale n. _____ sezione n. _____ del Comune di residenza,

DICHIARA

DI VOLER ESERCITARE IL PROPRIO DIRITTO DI VOTO per le elezioni _____
del giorno _____, nel luogo in cui dimora e cioè in Via _____, n.
_____, presso _____ recapito telefonico _____,

Allega:

- 1°) Copia della tessera elettorale;
- 2°) Certificato, rilasciato dal funzionario medico designato dai competenti organi dell'azienda sanitaria locale, **in data non anteriore al 19 settembre** (14° giorno antecedente la data della votazione), attestante la propria condizione rispetto all'infezione da SARS-CoV-2 nei termini che seguono:
 - () **trattamento domiciliare**: soggetti positivi sintomatici in trattamento per infezione da SARS-CoV-2;
 - () **quarantena**: contatti stretti ovvero persone esposte a SARS-CoV-2 ma asintomatiche e senza conferma di positività per il patogeno virale, nonché soggetti provenienti da aree a rischio per i quali le vigenti disposizioni prevedono l'obbligo di quarantena;
 - () **isolamento fiduciario**: persone sintomatiche per le quali non vi è accertamento di positività al SARS-CoV-2 oppure persone positive al SARS-CoV-2 che non necessitano di alcun trattamento (c.d. contagiati asintomatici o paucisintomatici)

Data _____

Il/La dichiarante

allega, altresì, copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
