



Comune di
CASTELNUOVO di GARFAGNANA
Provincia di Lucca

P.I. 00204360465 Via Vallisneri 1 - 55032 Castelnuovo di Garf. (Lu) ☎0583/6448330
- Fax 644133 posta certificata: comune.castelnuovodigarfagnana@postacert.toscana.it

SERVIZI DEMOGRAFICI

AVVISO

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO ELETTORALE

OGGETTO: REFERENDUM DEL 22/23 MARZO 2026. Richiesta per voto domiciliare

Allegato alla presente si condivide quanto ricevuto dall'Azienda Usl Toscana Nord Ovest in riferimento a quanto indicato in oggetto, per tutti i soggetti interessati

Castelnuovo di Garfagnana, li 11/02/2026

Il Responsabile dell'Ufficio Elettorale
Dott. Carlo Mastellini

3860/26

11/02/2026

Pieve Fosciana 09/02/2026

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

**OGGETTO: REFERENDUM DEL 22 23 MARZO 2026. 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.

Responsabile ad interim
UF CURE PRIMARIE
Zona Distretto VDS
Dott.ssa Valeria Massei

Direttore Zona Distretto Vds
Dott. Fabio Costa

Zona Distretto
Valle del Serchio
Direttore
dott. Fabio Costa

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

Mail:
fabio.costa@uslnordovest.toscana.it

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
PIVA: 02198590503

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