

MARCA DA BOLLO

€ 16,00
sedici/00

ALLA COMMISSIONE MEDICA
LOCALE PATENTI DI GUIDA
V. LE TRE MARTIRI, 89
45100 ROVIGO
Fax 0425 393650

Il/ la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

altezza _____ peso _____ tel. _____ cell. _____

Titolare della patente

AM, A, B, C, D, E
NORMALE

A, B, C
SPECIALE

ALLEGARE COPIA DELLA PATENTE

CHIEDE

Di essere sottoposto a visita medica per il rilascio del certificato medico per:

- CONSEGUIMENTO (rilascio)
- CONFERMA DELLA VALIDITA' (rinnovo)
- REVISIONE (allegare copia ordinanza della MCTC o Prefettura)

Dichiara:

- Di essere stato sottoposto a precedente visita medica presso questa CMLPG nell'anno _____
- Di non essere mai stato sottoposto a precedente visita medica presso la stessa commissione o altre analoghe di Provincia diversa;
- Patologia sofferta _____

Informativa trattamento dati personali - art. 13 D.Lgs. 196/2003

Si informa che il decreto legislativo n. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo le leggi indicate, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza tutelando la riservatezza e i diritti del sottoscrittore. Le seguenti informazioni vengono fornite ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n. 196/2003.

Il trattamento che intendiamo effettuare:

- a) ha la finalità di concludere, gestire ed eseguire il servizio richiesto, anche mediante comunicazione dei dati a terzi Enti interessati; di assolvere agli obblighi di legge o agli altri adempimenti richiesti dalle competenti Autorità;
- b) sarà effettuato con le seguenti modalità: informatizzato/manuale;
- c) salvo quanto strettamente necessario per la corretta esecuzione del servizio richiesto, i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendo espressamente il consenso.

Informiamo ancora che la comunicazione dei dati è indispensabile ai fini dell'erogazione del servizio stesso, l'eventuale rifiuto non ha altra conseguenza se non quella di impedire l'esecuzione.

In qualsiasi momento l'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. 196/2003.

Il titolare del trattamento è l'Azienda ULSS 18. Il Responsabile è il dirigente della SOC Igiene e Sanità Pubblica.

Dichiarazione di consenso

Acquisite le informazioni che precedono, rese ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, dichiaro di consentire al trattamento dei miei dati come sopra descritto.

Rovigo, li.....

Firma

N.B. ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA

COPIA DELLA PATENTE

(IN ASSENZA COPIA CARTA DI IDENTITA' SOLO IN

MANCANZA DELLA PATENTE)

Orario di apertura della segreteria Commissione Patenti PER LA PRENOTAZIONE:

MARTEDI' 9.00/12.00 E GIOVEDI' 9.00/12.00