

COMMISSIONE MEDICA LOCALE ASL NAPOLI 3 SUD

Codice Struttura : CDMBB8
Art. 330 C.d.S. Patenti Speciali (ex art. 119 C.d.S.)
Sede Commissione : C.so Alcide De Gasperi, 167
80053 – Castellammare di Stabia (NA)

E. mail : mleg@aslnapoli3sud.it

Pec: cml@pec.aslnapoli3sud.it

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il ____/____/____ nazionalità _____
residente in _____ prov (____) CAP _____
via _____ n° _____
Cod Fiscale _____ Peso Kg _____ Altezza Kg _____
Tel. _____ Cell _____ E- mail _____
Documento di riconoscimento _____ n° _____ Rilasciato
da _____ il ____/____/____ scadenza ____/____/____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medica , ai fini del rilascio del certificato medico per il :

- | | |
|--|---|
| ☐ RINNOVO | ☐ RILASCIO (conseguimento) |
| ☐ DUPLICATO | ☐ REVISIONE |
| ☐ RICLASSIFICAZIONE | |

della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria:

•patente normale ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ K

•patente speciale ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Patente n° _____ rilasciata da _____ di _____

data rilascio ____/____/____ data scadenza ____/____/____

Data ____/____/____

Firma _____

Informativa privacy ai sensi del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n° 196 , vengo informato che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviate verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmesse ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Il sottoscritto, inoltre, autorizza il personale della Commissione Medica Locale, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, che emergeranno nel corso della visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a Strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ via _____ n° _____

letto e accettato autorizza.

(Firma leggibile)