



COMMISSIONE MEDICA LOCALE ROMA I

Lungotevere della Vittoria n° 3 – Roma 00195

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 101/2018)

Io
Sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n° _____ Cap _____

Indirizzo esatto dove si desidera ricevere la patente (se diverso dalla residenza):

Via/Piazza _____ n° _____ Cap _____ Città _____

Tel. _____ e-mail _____ @ _____

ACCONSENTO

1) Al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione ed alla gestione della pratica che mi riguarda (*) SI NO

(Sono consapevole del fatto che il mancato consenso comporta l'impossibilità di istruire e gestire la pratica)

2) Alla comunicazione dei miei dati sensibili per fini diversi da quelli connessi con la presente pratica, ad altri Enti o Amm.ni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali (*) SI NO

(*) barrare la voce che interessa

Firma nel riquadro

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- 1) di aver ricevuto l'informativa scritta relativa agli accertamenti clinici e diagnostici, divisi per patologia, da produrre alla Commissione all'atto della visita;
- 2) di essere consapevole del fatto che si tratta di accertamenti che potranno comunque non essere ritenuti sufficienti dalla Commissione, all'atto della visita, in funzione di casi specifici
- 3) (di essere consapevole del fatto che tali accertamenti sono a totale carico dell'interessato (DPR 495/92 art. 330 c. 6 – Regolamento di esecuzione del C.d.S.) ed effettuati di norma entro i 3 mesi precedenti alla data della visita (tranne i casi con scadenza diversa esplicitamente previsti dall'informativa di cui sopra).

Roma, _____ / _____ / _____

Firma