

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)

Tel. 081-8729095 - 081-8729064 - Fax 081-8729095

E. mail : [mleg@aslnapoli3sud.it](mailto:mleg@aslnapoli3sud.it)

Pec: [cml@pec.aslnapoli3sud.it](mailto: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 :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> RINNOVO           | <input type="checkbox"/> RILASCIO ( conseguimento ) |
| <input type="checkbox"/> DUPLICATO         | <input type="checkbox"/> REVISIONE                  |
| <input type="checkbox"/> 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 )