

Patenti di Guida Speciali - Commissione Medica Locale

**COMMISSIONE MEDICA LOCALE**

**Il Presidente**

**Dott. Maurizio Municinò**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a .....CAP.....

Via / Piazza /Corso.....n°.....

Titolare della **patente di guida**       Normale       Speciale

Categoria

|    |    |    |   |    |   |    |     |   |    |    |     |   |    |
|----|----|----|---|----|---|----|-----|---|----|----|-----|---|----|
| AM | A1 | A2 | A | B1 | B | C1 | C1E | C | CE | D1 | D1E | D | DE |
|----|----|----|---|----|---|----|-----|---|----|----|-----|---|----|

N°.....rilasciata da MCTC/Prefettura.....

il..... scadenza il.....

Ai sensi del DLgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy)

**DELEGA**

Il/la Sig./ra .....

nato/a a ..... il .....

residente a .....CAP.....

Via / Piazza /Corso.....n°.....

**ALLA PRENOTAZIONE DELLA VISITA MEDICA PRESSO LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE ASL NAPOLI 2 NORD**

IN ALLEGATO:

fotocopie fronte-retro dei documenti d'identità validi sia del delegante che del delegato

Luogo e data

Firma leggibile del delegante

.....

.....

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità connesse al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lgs. 30/6/2003, N. 196).