

ATTO DI DELEGA

Il/la sottoscritta _____

Nato/a in _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

DELEGA

Il sig./ra _____

Nato/a in _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

AD EFFETTUARE PER MIO CONTO presso la Commissione Medica Locale provinciale per le patenti di guida di Bari LA SEGUENTE OPERAZIONE:

(segnare con una "X" l'operazione che interessa)

Consegna/Ritiro richiesta prenotazione visita medica;

Riprenotazione visita medica (cambio data);

Altro (specificare cosa).....

Ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, Autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso e conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs.196/2003.

_____ li _____

FIRMA
