

ATTO DI DELEGA

Il / La sottoscritta/o _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

D E L E G A

Il Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

AD EFFETTUARE PER MIO CONTO LA SEGUENTE OPERAZIONE:

Consegna richiesta formale di visita medica presso la Commissione Medica Locale provinciale per le patenti speciali di guida di Trani.

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
