

# ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## DELEGA

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

ad effettuare per mio conto **presso la Commissione Medica Locale provinciale per le patenti di guida di Taranto** 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 e s.m.i.

Il delegante

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegante**