



Regione Lazio

**UOC Medicina Legale**

**Commissione Medica per le Patenti Speciali "Roma 3"**

Via S. Benedetto del Tronto, 9 - 00156 Roma

Tel. 06.43598020 – Fax 06.43532592

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI  
(LEGGE N. 196/03)**

Io sottoscritto/a ..... nato/a a ..... prov .  
..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in Via/Piazza ..... n. .... C.A.P.  
..... telefono ..... codice fiscale .....

**ACCONSENTO**

1) al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione ed alla gestione della pratica che mi riguarda (\*)

SI

NO

2) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario alle liquidazione e alla gestione della pratica che mi riguarda (\*)

SI

NO

3) alla comunicazione dei miei dati sensibili per fini diversi da quelli connessi con la presente pratica, ad altri Enti o Amministrazioni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali (\*)

SI

NO

(\*) barrare la voce che interessa

**SONO CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE IL MANCATO CONSENSO**

- Nel caso di cui al punto 1) comporta l'impossibilità di istruire o gestire la pratica che mi riguarda.
- Nel caso di cui al punto 2) comporta notevole ritardo nella liquidazione della mia pratica.

Roma, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_