

Se l'appuntamento per la conferma della patente è successivo alla scadenza della patente, ci si dovrà rivolgere agli uffici della Motorizzazione Civile per l'autorizzazione a guidare fino alla data della visita

CONFERMA/RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA

PER LA PRENOTAZIONE DELLE VISITE IN CMLPS E' INDISPENSABILE LA PATENTE ED IL TESSERINO DEL CODICE FISCALE O NUOVO TESSERINO SANITARIO (IN ORIGINALE) LA PRENOTAZIONE POTRA' ESSERE EFFETTUATA NON PRIMA DEI 3 MESI DALLA DATA DI SCADENZA

CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE

PER LA PRENOTAZIONE DELLA VISITA IN CMLPS E' INDISPENSABILE UN DOCUMENTO DI IDENTITA' E IL TESSERINO DEL CODICE FISCALE O IL NUOVO TESSERINO SANITARIO (IN ORIGINALE)

SOSPENSIONE DELLA PATENTE DI GUIDA

PER LA PRENOTAZIONE DELLA VISITA IN CMLPS E' INDISPENSABILE UN DOCUMENTO DI IDENTITA', IL TESSERINO DEL CODICE FISCALE O IL NUOVO TESSERINO SANITARIO E LA FOTOCOPIA DEL PROVVEDIMENTO DI SOSPENSIONE DELLA PATENTE NOTIFICATO (IN ORIGINALE)

PER LE PRENOTAZIONI DELLE VISITE DELLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI SPECIALI SONO NECESSARI I SEGUENTI DOCUMENTI:

- PATENTE DI GUIDA
- CODICE FISCALE O TESSERA SANITARIA MAGNETICA
- SE LA PATENTE DI GUIDA E' MANCANTE PER FURTO O SMARRIMENTO, DEVE ESSERE CONSEGNATO AL PERSONALE LA FOTOCOPIA DELLA DENUNCIA E UN DOCUMENTO VALIDO (Carta d'identità o Passaporto)
- SE LA PATENTE E' MANCANTE PER RITIRO, E' NECESSARIA LA FOTOCOPIA DELLA LETTERA CON CUI E' STATA RITIRATA/REVISIONATA LA STESSA E UN DOCUMENTO VALIDO

UFFICI DELLA MOTORIZZAZIONE CIVILE NEL LAZIO

VITERBO

S.S. Cassia Nord, 24 – km 85,200 - loc. P.zza d'Armi – 01100 Viterbo
tel. 0761.27821 – fax 0761.353511

RIETI

Via E. Greco - Loc. Vazia – 02100 Rieti – tel. 0746.221400 – fax 0746.221320

LATINA

Via Congiunte Destre - Loc. Chiesuole – 04100 Latina
tel. 0773.46631/466305 – fax 0773.661196

FROSINONE

Via di Mezzacorsa, 83 – 03100 Frosinone tel. - 0775.200025/6 – fax 0775.200027

UFFICI DI ROMA

Ufficio Provinciale Salaria
Via Salaria, 1045 - 00138 Roma
CENTRALINO Tel. 06.81691
U.R.P. Tel. 06.81692280 - 06.81692221

Ufficio Provinciale Casilina
Via Delle Cincie, 28 - 00169 Roma
CENTRALINO Tel. 06.81691
U.R.P. Tel. 06.81694254/5

Ufficio Provinciale Laurentina
Via del Fosso dell'Acqua Acetosa Ostiense, 9 00143 Roma
Centralino Tel. 06.502881 - U.R.P. Tel. 06.81693206

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO DEGLI UFFICI DI ROMA

Gli sportelli relativi ai principali servizi dell'Ufficio della Motorizzazione Civile di Roma sono aperti al pubblico nei seguenti giorni ed orari:

Lunedì - Mercoledì – Giovedì - Venerdì 9,00-13,00
Martedì 9,00-13,00 15,00-16,30

SEDE SALARIA (ROMA NORD)

SPORTELLO TELEMATICO DELL'AUTOMOBILISTA (STA)
dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 12.00 e Martedì pomeriggio dalle 15.00 alle 16.00.

SEDE LAURENTINA (ROMA SUD)

SPORTELLO TELEMATICO DELL'AUTOMOBILISTA (STA)
dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 12.00 e Martedì pomeriggio dalle 15.00 alle 16.00.

SEZIONE INCIDENTI (REVISIONE PATENTI DI GUIDA)

Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle 8.45 alle 12.30.

SEZIONE AUTOTRASPORTO MERCI

Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle 9.00 alle 13.00.

IMMATRICOLAZIONI SPECIALI (TARGHE CD-CC-EE)

Martedì, Giovedì e Venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e Martedì pomeriggio dalle 15.00 alle 16.30.

UFFICIO MACCHINE AGRICOLE E OPERATRICI

Martedì e Venerdì dalle 9.00 alle 13.00.

UFFICIO TRASFORMAZIONI E AUTORIZZAZIONI AL COLLAUDO DI VEICOLI

Lunedì e Giovedì dalle 9.00 alle 13.00.

SEDE CASILINA (ROMA EST)

SPORTELLO TELEMATICO DELL'AUTOMOBILISTA (STA)

dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 12.00.

RILASCIO TARGHE DI PROVA

Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle 9.00 alle 13.00

SERVIZI EROGATI

La maggior parte dei servizi erogati dall'Ufficio della Motorizzazione Civile di Roma sono offerti presso tutte e tre le Sedi (Salaria, Laurentina e Casilina).

Tuttavia alcuni servizi sono offerti esclusivamente presso una di esse come di seguito meglio specificato:

SEDE SALARIA – Via Salaria, 1045 (km 10,400) - 00138 Roma.

1. VIGILANZA TECNICA SULLE IMPRESE EX ART. 80 C.d.S.;
2. GESTIONE DEI TURNI DI SERVIZIO;
3. RILASCIO PATENTI DI GUIDA A SEGUITO DI ESAME O DUPLICATO;
4. RILASCIO CERTIFICATI DI ABILITAZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE A SEGUITO DI ESAME O DUPLICATO;
5. CONVERSIONE PATENTI DI GUIDA ESTERE E MILITARI;
6. GESTIONE FOGLI ROSA E PRENOTAZIONE ESAMI PER RILASCIO DI TUTTE LE CATEGORIE DI PATENTE;
7. IMMATRICOLAZIONI E REIMMATRICOLAZIONI AUTOVEICOLI E RIMORCHI;
8. PASSAGGI DI PROPRIETA' CON SOTTOSCRIZIONE DELL'ATTO DI VENDITA (autoveicoli, motoveicoli e rimorchi);
9. COLLAUDO VEICOLI PER INSTALLAZIONE ATTREZZATURE E DISPOSITIVI (artt. 75 E 78 CdS);
10. RILASCIO AUTORIZZAZIONI AL TRASPORTO DI MERCI DEPERIBILI (ATP);
11. AUTORIZZAZIONI RELATIVE AL TRASPORTO DI MERCI PERICOLOSE (ADR);
12. REVISIONI VEICOLI DIVERSI DAGLI AUTOBUS.

SEDE LAURENTINA – Via del Fosso dell'Acqua Acetosa Ostiense, 9 - 00143 Roma.

1. SEGRETERIA DELLA COMMISSIONE ESAMI PER L'ACCESSO ALLA PROFESSIONE AUTOTRASPORTATORE DI COSE PER CONTO DI TERZI;
2. SEGRETERIA DELLA COMMISSIONE ESAMI PER L'ACCESSO ALLA PROFESSIONE AUTOTRASPORTATORE DI VIAGGIATORI SU STRADA;
3. ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI (legge n. 724/94);
4. AUTOTRASPORTO DI PERSONE;
5. IMMATRICOLAZIONI SPECIALI (CD-CC-EE);
6. IMMATRICOLAZIONI E REIMMATRICOLAZIONI AUTOVEICOLI E RIMORCHI;
7. IMMATRICOLAZIONI VEICOLI INDUSTRIALI;

8. RILASCIO TARGHE PROVVISORIE DI CARTONE PER ESPORTAZIONE VEICOLI;
9. PASSAGGI DI PROPRIETA' CON SOTTOSCRIZIONE DELL'ATTO DI VENDITA (autoveicoli, motoveicoli e rimorchi);
10. NAVIGAZIONE INTERNA (patenti nautiche e certificati motori marini);
11. GESTIONE FOGLI ROSA E PRENOTAZIONE ESAMI PER RILASCIO DI TUTTE LE CATEGORIE DI PATENTE;
12. INCIDENTI STRADALI (revisioni patenti e veicoli incidentati);
13. REVISIONI AUTOBUS;
14. REVISIONI VEICOLI DIVERSI DAGLI AUTOBUS;
15. COLLAUDO VEICOLI PER INSTALLAZIONE ATTREZZATURE E DISPOSITIVI (artt. 75 e 78 CdS);
16. AUTORIZZAZIONI RELATIVE AL TRASPORTO DI MERCI PERICOLOSE (ADR).

SEDE CASILINA – Via delle Cincie, 28 – 00169 Roma.

1. IMMATRICOLAZIONI VEICOLI DI PROVENIENZA ESTERA;
2. PASSAGGI DI PROPRIETA' CON SOTTOSCRIZIONE DELL'ATTO DI VENDITA (autoveicoli, motoveicoli e rimorchi);
3. TARGHE DI PROVA;
4. COLLAUDO VEICOLI PER INSTALLAZIONE DISPOSITIVI (articolo 78 CdS);
5. REVISIONI DEI VEICOLI DIVERSI DAGLI AUTOBUS.

COMMISSIONE MEDICA LOCALE ROMA I

Patenti Speciali

La S.V. dovrà presentarsi a visita medica per il rinnovo/rilascio della patente di guida presso questa Commissione Medica Legale

il giorno / / alle ore :

Il suo numero d'ordine è

All'atto della visita dovrà essere munito di:

- 1) Codice Fiscale
- 2) Autocertificazione (modello allegato) compilata e non firmata
- 3) Marca da bollo di Euro 14,62
- 4) Fotocopia della patente di guida. In caso di mancanza della stessa documento valido
- 5) Ricevuta di pagamento effettuato sul c/c postale n° 13745005 intestato ASL RM/E-Servizio Tesoreria Entrate Medicina Legale di **Euro 18,59**; nel caso di handicap fisico-motorio e sclerosi multipla il versamento dovrà essere di **Euro 30,99**; entrambi i versamenti dovranno avere come causale *visita medica patenti speciali*
- 6) Ricevuta di pagamento di **Euro 9,00** versata sul c/c postale n° 9001 intestato a: "Dipartimento Trasporti Terrestri Diritti Roma"

DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA ESIBIRE ALLA COMMISSIONE LOCALE PATENTI

In caso di patologia attuale o pregressa degli organi o apparati di seguito elencati, l'interessato dovrà allegare in originale tutti gli esami.

Tutti gli esami e le visite specialistiche debbono essere effettuati presso strutture pubbliche (a.s.l., ospedali, strutture accreditate);

Il costo degli esami è a totale carico del richiedente come previsto dalla normativa vigente

[art. 330 comma 6 DPR 495/92 "Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada"] ed il medico NON può porli a carico del SSN (non debbono essere prescritti sul ricettario regionale).

Non sono valide esenzioni di alcun tipo.

Tutti gli esami ed i referti di consulenze specialistiche devono essere prodotti in originale e saranno trattenuti dalla Commissione e non restituiti.

La Commissione si riserva di richiedere ulteriori accertamenti diagnostici al momento della visita (es. esame matrici pilifere per ricerca sostanze stupefacenti).

PER ETA SUPERIORE A 60 ANNI E' NECESSARIO ELETTROCARDIOGRAMMA CON VISITA CARDIOLOGICA

1. Patologie cardiovascolari

- Elettrocardiogramma con visita cardiologica (per tutti i pazienti cardiopatici ed affetti da ipertensione arteriosa).
- Portatori di pace-maker (fotocopia tesserino del pace -maker) ed ecocardiogramma
- Portatori di aneurisma dell'aorta (ecocardiografia).
- Arteriopatie obliteranti arti inferiori (doppler)
- Portatori di defibrillatore (fotocopia tesserino di applicazione + certificazione dell'ultima revisione effettuata, ECG Holter ed ecocardiogramma)

2. Diabete mellito (sia insulinodipendente, sia insulinoindependente)

- glicemia
 - emoglobina glicosilata
 - esame urine
- visita diabetologica o certificazione del centro antidiabetico con valutazione del compenso metabolico, della terapia seguita e di eventuali complicanze acute e croniche della malattia (retinopatia - neuropatia).

3. Patologie del sistema nervoso centrale e periferico:

• **Epilessia**

- certificazione, di data non anteriore a 30 giorni, redatta da medico specialista di struttura pubblica o dal medico curante, con l'espressa dichiarazione che l'interessato non presenta crisi epilettiche da almeno 2 anni.
- ultimo controllo specialistico neurologico con referto EEG di data non anteriore a 6 mesi
- dosaggio ematico del farmaco assunto (se dosabile) e certificato congruità della terapia

• **Esiti di ischemia o emorragia cerebrale:**

- Visita neurologica
- Mini Mental State Examination (MMS/E)
- Campo visivo
- Elettrocardiogramma con visita cardiologica

• **M di Parkinson:**

- Visita neurologica con certificazione che attesti la terapia e l'ottima copertura farmacologia nella 24/h.
- Tempi di reazione
- Elettrocardiogramma con visita cardiologica

• **Scirosi Multipla e Miopatie**

- Visita Neurologica
- Visita oculistica con campo visivo.
- Test della forza elementare (solo per Miopatie)

4. Patologia psichiatrica

- visita psichiatrica
(in dettaglio deve essere specificata la terapia, il compenso funzionale, la partecipazione del paziente al programma terapeutico, eventuali ricoveri degli ultimi 2 anni, . A discrezione della Commissione Test di livello e psicodiagnostici)

5. Insufficienza renale corretta da dialisi

relazione del centro dialisi (con riferimento alle condizioni generali della persona e descrizione delle eventuali complicanze, le crisi ipotensive od ipertensive riscontrate ed ogni altro elemento utile alla valutazione delle capacità di performance del paziente in situazioni potenzialmente pericolose).
Elettrocardiogramma con visita cardiologia.
Emocromo completo.

6. Patologie dell'apparato visivo (distacco di retina, glaucoma cronico, scompenso corneale, esiti interventi chirurgici, monocoli)

- visita oculistica con indicazione del visus naturale e corretto e grado di rifrazione.
- campo visivo.

7. Patologie dell'apparato audio-vestibolare (ipoacusia, sordità, disturbi dell'equilibrio)

- esame audiometrico recente (con protesi per i portatori di apparecchio acustico).
- cons. ORL per pazienti con eventuali gravi turbe dell'equilibrio dipendenti da patologie di pertinenza ORL.

N.B: i portatori di protesi acustiche devono esibire certificazione del costruttore, rilasciata in data non anteriore a 3 mesi, attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza della protesi.

8. Patologie degli arti (amputazioni - protesi)

- I portatori di protesi degli arti devono esibire certificazione del costruttore attestante l'efficacia della protesi, di data non anteriore a 3 mesi (art. 327 comma 3)

9. Rinnovo idoneità per persone di età superiore a 60 anni per la patente D, di età superiore a 65 anni per la patente C e di età superiore a 75 anni per la patente B.

- visita cardiologica con ecg
- tempi di reazione a stimoli semplici e complessi
- glicemia
- emocromo
- transferrina carboidrato carente (CDT).

- **età superiore a 75 anni visita geriatrica con valutazione delle autonomie residue (IADL, MMSE, ADL)**

10. Patologia delle ghiandole endocrine:

- visita endocrinologia o certificato del medico curante

11. Patologia del sistema nervoso centrale e/o periferico:

- a. visita neurologica

12. Progresso trauma cranico:

- a. visita neurologica
- b. elettroencefalogramma refertato

13. Malattie del sangue:

- a. esame emocromocitometrico completo e visita ematologica

14. Insufficienza renale non corretta da dialisi:

- a. azotemia
- b. calcemia
- c. creatininemia
- d. fosforemia
- e. esame urine
- f. Elettrocardiogramma con visita cardiologica

Revisioni

15. Se la revisione è stata disposta a seguito di incidente stradale:

- a. visita cardiologica e ecg
- b. visita neurologica
- c. visita psichiatrica
- d. glicemia
- e. transferrina carboidrato carente
- f. creatininemia
- g. transaminasi (got - gpt)
- h. gamma gt
- i. esame urine
- j. emocromo
- k. esami urinari per stupefacenti
- l. tempi di reazione a stimoli semplici (per patenti A-B)

N.B. La Commissione valuterà se richiedere consulenze specialistiche o relazione psicoattitudinale.

Revisione o conferme di validità dopo revisione.

16. Revisione disposta per guida in stato di ebbrezza alcolica (art. 186 c.d.s.)

- saranno disposti esami secondo il metodo operativo stabilito dalla Comm.ne.

17. Revisione disposta per uso di qualsiasi sostanza stupefacente (art. 187 c.d.s.), oppure per conseguimento o conferma di validità in soggetti con precedenti di uso di qualsiasi sostanza stupefacente.

- saranno disposti accertamenti su campioni biologici secondo il metodo operativo stabilito dalla Comm.ne.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI MEDICINA LEGALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA E
LUNGOTEVERE DELLA VITTORIA, 3 - 00195 ROMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da firmare in presenza del Medico Legale ASL ovvero della Commissione Provinciale Patenti Speciali)

Il/a sottoscritto/a
nato/a a il / / e residente in
via nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica
al conseguimento / conferma / revisione (specificare) della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria

DICHIARA

- Di essere stato riconosciuto "Invalido" SI NO
- Di essere titolare di esenzione Ticket per patologia SI NO
- Se si indicare quali:
- In relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:
Sussistono (soffre di) patologie dell'apparato cardiocircolatorio (Es. pressione alta anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma; aritmie)? SI NO
- Se si indicare quali:
- Soffre di diabete mellito?* SI NO
- Se si, specificare se insulinodipendente SI NO
- se trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali SI NO
- Sussistono altre (soffre di) patologie endocrine* (es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.)? SI NO
- Se si indicare quali:
- Soffre o ha mai sofferto di malattie neurologiche* (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) SI NO
- Se si indicare quali:
- Soffre o ha mai sofferto di turbe o patologie psichiche* (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? SI NO
- Se si indicare quali e in che periodo ne ha sofferto
- E' attualmente o è mai stato in passato in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi? Fa uso di sostanze psicoattive?* SI NO
- Se si indicare quali in che periodo ed a quali dosaggi:
- Ha mai avuto sospensioni e/o revisioni della patente di guida in stato di ebbrezza alcolica? Ha mai avuto problemi relativi ad uso di alcolici?* (es. ricoveri ospedalieri) SI NO
- Se si specificare:
- Ha mai avuto sospensioni o revisione della patente per uso di sostanze stupefacenti? Ha mai fatto uso di canapa indiana, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe d'abuso?* SI NO
- Se si specificare:
- Ha mai subito un trauma cranico?* SI NO
- Se si, specificare quando
- Soffre di epilessia o ha mai manifestato crisi epilettiche o convulsioni?* SI NO
- Se si, specificare la data dell'ultimo episodio (quando si è manifestata l'ultima).....
- Se si, specificare la terapia seguita
- Negli ultimi 5 anni è mai stato coinvolto come guidatore in incidenti del traffico di qualsiasi tipo, anche se dovuti a responsabilità di altri, e che abbiano causato un danno fisico alla propria e/o altrui persona,* SI NO
- Se si, specificare in quali date:
- Sussistono (soffre di) malattie del sangue* SI NO
- Se si, specificare quali:
- Sussistono (soffre di) malattie dell'apparato uro-genitale?* SI NO
- (es. insufficienza renale cronica, ecc.) SI NO
- Se si, specificare quali:
- Prende medicine o ne ha prese per più di una settimana nell'ultimo anno* SI NO
- Se si, indicare quali, in che periodo ed a quali dosaggi
- Ha problemi di vista correggibili con lenti?* SI NO
- Se si, indicare quali:
- Porta lenti a contatto?* SI NO
- Ha problemi di udito?* SI NO
- Porta protesi acustiche?* SI NO

Data,

Firma

Sanzioni. In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del DPR 19 Aprile 1994 n. 575, salvo che non si configuri l'ipotesi di reato.

Commissione Medica Locale

Modello per ricorso

RACCOMANDATA A.R. IN CARTA DA BOLLO O IN CARTA LIBERA RESA LEGALE CON MARCHE

**AL MINISTERO DEI TRASPORTI
DIREZIONE GENERALE M.C.T.C.
DIVISIONE 46
VIA GIUSEPPE CARACI N. 36
00157 R O M A**

(1) e p.c.

**ALLA DIREZIONE GENERALE
MOTORIZZAZIONE CIVILE DI _____**

Il sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____ residente in _____ (Prov. ____) C.A.P. _____ Via _____ n. ____ Telefono _____,
(2) - titolare della patente di cat. ____ n. _____ rilasciata il _____ e confermata in data _____ fino al _____;
(2) - aspirante al conseguimento della patente di cat. _____;

P R E M E S S O

che in data _____ la Commissione Medica Locale Patenti di _____ ha espresso il seguente giudizio: (3)

_____ e che tale giudizio è stato comunicato allo scrivente in data _____

R I C O R R E

ai sensi dell'art. 81, comma 5 del Testo Unico delle Norme sulla Disciplina della Circolazione Stradale (DPR 15.06.1959, n. 393 e successive modificazioni ed integrazioni), avverso tale giudizio per i seguenti motivi:

E C H I E D E

di essere sottoposto, con oneri a suo carico, a nuovo accertamento medico da effettuarsi presso il competente Ufficio Sanitario Compartimentale dell'Ente Ferrovie dello Stato.

Il sottoscritt richiede/non richiede (4) di essere assistito, in occasione della visita medica superiore, da un proprio medico di fiducia, a sue spese e a titolo consultivo.

Data, _____ Firma _____

SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Originale o copia autentica conforme all'originale del certificato della Commissione Medica Locale;
- Documentazione relativa alla data in cui è stato comunicato il giudizio;
- Altri documenti ritenuti utili dal ricorrente:

- _____
(1) Se il ricorrente è titolare di patente, indirizzare anche alla Prefettura di rilascio;
(2) Depennare il caso che non ricorre;
(3) Trascrivere il giudizio conclusivo riportato nel Certificato della Commissione Medica;
(4) Depennare il caso che non ricorre. Ove ricorra il caso indicare le generalità del medico e la sua specializzazione.



Azienda
Unità
Sanitaria
Locale
ROMA

Cod. S/398bis



REGIONE LAZIO

Dipartimento di Medicina Legale

Direttore: Dott. Maurizio Ferraresi

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (L. 196/2003)

Io Sottoscritto/a _____
 Nato a _____ Prov. _____
 Residente a _____ Prov. _____
 In _____ n° _____
 Tel.: _____ Cod. 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 alla liquidazione ed 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 Amm.ni 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.

SONO A CONOSCENZA CHE:

Il titolare del trattamento dei dati sensibili è il Direttore Generale o Suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti così come previsto dagli art. 7,8 della L. 196/2003

Roma,

Firma

LUNGOTEVERE DELLA VITTORIA, 3 - 00195 ROMA