A.S.L. TO4
Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)
Tel. +39 011.9176666
Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)
Tel. +39 0125.4141
www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

S. C. MEDICINA LEGALE /G.P.

Via Cotonificio, 6110019 Strambino (To) ☎-0125414600 ◆ fax 0125711888 email: medicinalegale.strambino@aslto4.piemonte.it
Via Santa Cristina, 310036 Settimo T.se (To) ☎-0113021624 ◆ fax 0113021601 email: medicinalegale@aslto4.piemonte.it
Via Mazzini, 13 10073 Ciriè (To) ☎-0119217550 ◆ fax 0119217571 email: medicinalegale.cirie@aslto4.piemonte.it

RICHIESTA PATENTE NAUTICA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____ CAP _____
nazionalità _____ altezza _____ peso _____
tel._____ fax _____ e-mail _____
Patente Nautica n° _____ rilasc. da
_____ il _____

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medica, ai fini del rilascio del certificato medico per il :

RILASCIO ☐ **RINNOVO** ☐ **DUPLICATO** ☐ **RICLASSIFICAZIONE** ☐

DELLA PATENTE NAUTICA

- ☐ **navigazione entro le 12 miglia**
- ☐ **navigazione senza alcun limite dalla costa**
- ☐ **nave da diporto**

UNITÀ

- ☐ **limitata alle unità a motore**
- ☐ **per tutti i tipi di unità**

CATEGORIA DELLA PATENTE NAUTICA

- ☐ **A**
- ☐ **B**
- ☐ **C**

che **SCADE** il _____ /_____ /_____

Data _____ Firma _____

L'informativa estesa sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può essere visionata sul sito internet ASLTO4 all'indirizzo: http://www.aslto4.piemonte.it/file/1809.pdf o eventualmente essere richiesta agli operatori dei servizi

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

(Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati R.G.D.P. 2016/679- D.L.gs 196/2003 e s.i.m.)

Io sottoscritta/o _____ nata/o il _____

Presa visione dell'informativa estesa predisposta dall'ASLTO4 ai sensi del G.D.P.R. 216/679, artt. 13 e 14 e ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n.196/2003 e s.i.m. sulla protezione dei dati, adeguato al Regolamento Europeo 2016/679 dal D.Lgs. n. 101 del 10 agosto 2018, consapevole della necessità da parte dell'ASLTO4 di trattare, dietro mio esplicito e libero consenso, i dati personali, sensibili e giudiziari che mi riguardano per l'erogazione delle prestazioni di cui necessito e che gli stessi dati potranno, quando necessariamente richiesto da alcune tipologie di prestazioni, essere incrociati secondo quanto previsto in merito dal Regolamento Privacy ASLTO4, e anche trattati da soggetti terzi, nel rispetto dei disposti di Legge e dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, pertinenza, non eccedenza e bilanciamento degli interessi di ciascun soggetto PRESTO IL CONSENSO al trattamento dei miei dati personali, sensibili, e anche riguardanti il mio stato di salute, e giudiziari, consentendo così all'ASLTO4 di erogarmi prestazioni finalizzate alla prevenzione, diagnosi, cura, terapia, riabilitazione e prestazioni medico legali in genere

_____ li _____ firma leggibile dell'interessato _____