



RICHIESTA VISITA MEDICA IN COMMISSIONE PER IL RILASCIO PORTO D'ARMI

Il sottoscritto _____ nato il _____
 a _____ residente a _____
 in via _____ telefono abitazione/lavoro _____
 cell. _____

CHIEDE

di poter effettuare visita medica presso la Commissione Medica per Porto d'Armi dell'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana - Distretto Treviso per le seguenti motivazioni:

- Uso caccia
- Tiro al volo
- Difesa personale per lavoro (guardia giurata)
- Altro

Scadenza attuale Porto d'Armi _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma

Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data _____

Firma

La richiesta dovrà essere inviata via PEC all'indirizzo protocollo.aulss2@pecveneto.it o consegnata all'**Ufficio Protocollo**, Via S. Ambrogio di Fiera, 37 – 31100 Treviso. Orario: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.30 orario continuato.