

AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA
U.O.C. MEDICINA LEGALE-COMMISSIONE MEDICA
ACCERTAMENTO IDONEITA' AL PORTO D'ARMI
VIA S. D'ACQUISTO, 7 - 37122 VERONA
E-MAIL: dip.prevenzione@aulss9.veneto.it
PEC: prevenzione.aulss9@pecveneto.it

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____ residente a _____
in via/piazza _____ n. _____ CAP _____
Tel/cell. _____ E-mail _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medica presso il Collegio Medico previsto ai sensi dell'art. 4 del DM 28.04.1998 ai fini del **RINNOVO** per la licenza di:

- o Porto di fucile per uso caccia ed esercizio dello sport del tiro a volo (art. 1 del DM)
- o Porto d'armi per uso difesa personale (art. 2 del DM)

Sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it>

Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Data _____ Firma del dichiarante _____

Dichiaro di essere a conoscenza che:

- il Collegio Medico ha la facoltà di chiedere visite specialistiche, prestazioni di laboratorio e strumentali, a totale carico del ricorrente;
- la visita medico collegiale è a carico totale del/la sottoscritto/a (€ 100,00) e che il pagamento è da effettuarsi anticipatamente all'espletamento della stessa, ovvero non appena ricevuto l'avviso PagoPA

Allego:

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale
- eventuale certificato di non idoneità del Medico Monocratico

Data _____

Firma _____