

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE
CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI**

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente certificazione, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno trattati dal personale autorizzato, vincolato al segreto d'ufficio, de'
_____, utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e conservati secondo il principio della minimizzazione, esclusivamente per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge in relazione ai procedimenti amministrativi di rilascio, di revisione e di convalida della patente nautica.

Data ___/___/_____

Firma del dichiarante _____

(da firmare in presenza del medico o del presidente della Commissione medica locale)

1 Indicare l'autorità competente che riceve il certificato medico in allegato alla domanda. **Compilazione riservata all'autorità competente.**