

RICHIESTA PRENOTAZIONE VISITA PER RINNOVO PATENTE

Il sottoscritto

residente a

provincia

indirizzo

email

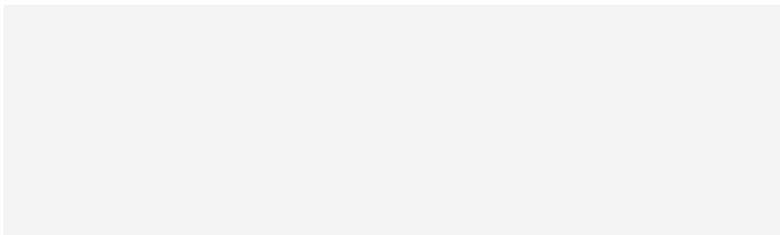
telefono

CHIEDE la prenotazione per la visita medica per rinnovo patente

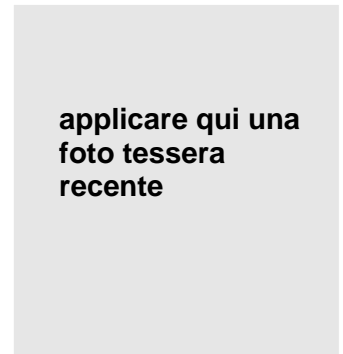
AUTORIZZA la Società Autoscuola Valtoce s.r.l. al trattamento dei propri dati al fine della prenotazione della visita suddetta, della pratica di rinnovo patente e per l'invio di comunicazioni relative alla patente medesima, ai sensi dell normative vigenti (GDPR)

ALLEGA copia della propria patente di guida

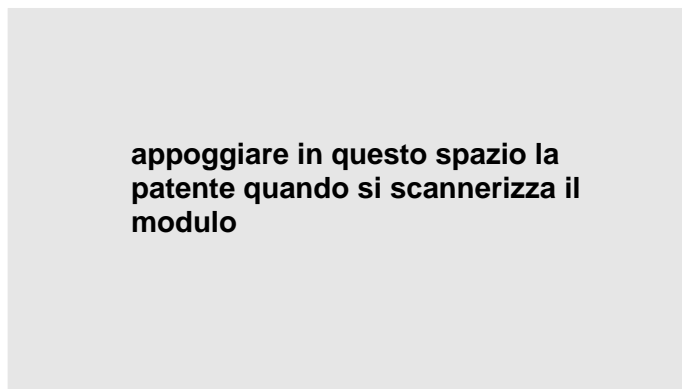
Firmare nello spazio sottostante (con un pennarello)



**applicare qui una
foto tessera
recente**



**appoggiare in questo spazio la
patente quando si scannerizza il
modulo**



Inviare il presente modulo a: Autoscuola Valtoce s.r.l

- via email a rinnovi.valtoce@gmail.com