

CERTIFICATO DI IDONEITÀ IMPIEGO GAS TOSSICI

(R.D. 9/1/1927, n° 147 articolo 26 e 27)

Si certifica che 1 Sig. _____, nat _____
 a _____ il _____ e residente
 in _____, identificat _____ con
 Carta Identità *Patente Guida* *Passaporto* *Altro documento* _____
 n. _____ rilasciat _____ da _____
 il _____, a conclusione degli accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio cui è stato/a
 sottopost _____ ai sensi dell'articolo 27 del R.D. 9/1/1927, n° 147, in data odierna è risultat _____:

- ◇ **esente** da malattie fisiche o psichiche e da deficienze organiche di qualsiasi specie, tali da impedire l'esecuzione in sicurezza delle operazioni relative all'impiego di gas tossici;
- ◇ **esente** da segni di intossicazione alcolica o da sostanze stupefacenti *;
- ◇ **in possesso** dei necessari requisiti sensoriali:
 - ha integri il senso dell'olfatto e la pervietà nasale;
 - percepisce la voce afona ad almeno otto metri di distanza da ciascun orecchio;
 - possiede il visus complessivamente non inferiore a 14/10:

OD _____ / 10 OS _____ / 10 senza correzione con correzione*

**unicamente in sede di revisione della patente – Circolare del Ministero della Sanità 2 agosto 1967, n° 133.*

L_____ stess_____ risulta, pertanto, fisicamente **IDONE**_____ all'esecuzione delle operazioni relative all'impiego dei gas tossici di cui all'articolo 4, lettera c), del R.D. 9/1/1927, n° 147.

Si rilascia, a richiesta dell'interessat_____, per uso:

- conseguimento patente di abilitazione alle operazioni relative all'impiego dei gas tossici;
- revisione/rinnovo patente di abilitazione alle operazioni relative all'impiego dei gas tossici.

* I relativi accertamenti sanitari sono effettuati dal Medico Competente dell'Unità Lavorativa/Azienda di appartenenza

Roma, _____

Firma e timbro del medico
