FAC-SIMILE **MOD. B**

MARCA DA BOLLO

A.U.S.L. RM E - U.O.C. S.Pre.S.A.L
COMMISSIONE PER IL RILASCIO DELL'IDONEITA'
ALL'IMPIEGO DEI GAS TOSSICI
B.go S. Spirito, 3
00193 ROMA

OGGETTO: Richiesta di ammissione alla sessione aprile/maggio – ottobre/novembre di esami per il rilascio del certificato di idoneità all'impiego dei gas tossici e della relativa patente.

_l_ sottoscritt_____
(cognome) *(nome)*

nat____a_____ (_____) il _____
(*comune di nascita; se nato all'estero, specificare lo Stato)* (*prov.)*

e residente in_____(_____) in _____ n° _____
(comune di residenza) (*prov*.) *(indirizzo)*

CAP_____ e _____ recapito telefonico _____
(diverso domicilio per eventuali comunicazioni)

Fax _____ Codice Fiscale

CHIEDE

Ai sensi del R.D. n. 147/27 e s.m.i., artt. 26, 27 e 30 di essere ammesso a sostenere gli esami di abilitazione ai fini dell'ottenimento del certificato di idoneità all'impiego dei seguenti gas tossici e della relativa patente:

1)_____ 3) _____

2)_____ 4) _____

Nel rispetto dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000 in sostituzione delle certificazioni previste dalla normativa vigente, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché a conoscenza degli effetti di alcune condanne penali comportanti l'impossibilità dell'autorizzazione all'utilizzo dei gas tossici come indicate nell'art. 29 R.D. 147/1927 e s.m.i. che con la sottoscrizione di questa domanda, dichiara di ben conoscere, e

DICHIARA

☐ di essere nato/a a _____ (_____) il _____

☐ di essere residente nel Comune di _____ Via_____n°_____

☐ di essere in possesso del titolo di studio di _____

conseguito c/o l' Istituto scolastico _____

sito in _____Via _____ nell'anno _____

☐ di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare gli estremi del reato, citando gli articoli del Codice Penale cui si riferisce la condanna) _____

☐ di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili o provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente.

Dichiara inoltre di lavorare c/o_____

con Sede Legale in _____Via _____n° _____Cap_____

con Sede Operativa in _____ Via _____n° _____Cap_____

e di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/2003 sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali che i dati riportati verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per fini istituzionali e nei limiti di legge. La loro mancata fornitura impedisce il seguito del procedimento.

Allegati:
- ☐ Certificato medico rilasciato da AUSL o Medico Militare con marca da bollo da € 14,62
- ☐ N. 1 marca da bollo da € 14,62 per domanda
- ☐ Attestazione di versamento c/c postale di € 41,32
- ☐ Due fotografie
- ☐ Fotocopia di un documento di identità in corso di validità da cui risulti l'attuale indirizzo e comune di residenza se la domanda non viene firmata in presenza del dipendente addetto.

Data_____ _____
(firma)

L'identità personale è stata accertata a mezzo _____

e la firma che precede è stata apposta in mia presenza dall'interessato in data _____

Il dipendente addetto

_____

ULTIMA MODIFICA MAGGIO 2010