FAC-SIMILE **MOD. D**

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
Borgo S. Spirito, 3
00193 ROMA

OGGETTO: Richiesta revisione della patente di abilitazione all'impiego dei gas tossici

_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)

con Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | titolare della patente di abilitazione

abilitazione all'uso dei gas tossici n° _____rilasciata il _____ per i seguenti

gas tossici _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 35 R.D. 147/27 e s.m.i., ed in ottemperanza al Decreto del Ministero della Salute del 18/02/2011 la revisione della stessa e 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 all'art. 29 R.D. 147/1927 e s.m.i. che con la sottoscrizione di questa domanda, dichiara di ben conoscere, e

DICHIARA

☐ 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.

La patente revisionata verrà ritirata:

☐ dal sottoscritto o tramite Suo delegato munito oltre che della delega di una copia di un Suo documento di riconoscimento in corso di validità

☐ dovrà essere spedita per Raccomandata Assicurata AR a _____

Allegati: Patente soggetta a revisione - Certificato medico rilasciato da AUSL o Medico Militare con 1 marca da bollo da € 14,62 – N. 2 marche da bollo da € 14,62: 1 per la domanda ed 1 per la patente - Attestazione di versamento c/c postale di € 41,32 oltre € 6,40 di spese postali in caso di opzione di invio per Raccomandata Assicurata A.R. - Fotocopia di un documento di identità dell'interessato 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 2011