

Marca da bollo

da € 16,00

Al Direttore del Servizio di Tutela della Salute
nei Luoghi di Lavoro
ASL TERAMO
Commissione gas tossici
C.da Casalena - 64100 TERAMO

OGGETTO: Richiesta di ammissione all'esame per rilascio della patente di abilitazione all'impiego dei gas tossici

_ I _ sottoscritt_ _____
Cognome _____ Nome _____
nat_ il ____ / ____ / _____ a _____ (prov. _____)
Cod. Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in _____ CAP _____ (prov. _____)
in via _____ N. _____
Domicilio _____
Indicare solo se diverso dalla residenza
Tel. _____ Cellulare _____
E-mail _____ Pec _____

C H I E D E

ai sensi del R.D. n. 147/27 e s.m.i., art. 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. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

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 ss.mm.ii,

D I C H I A R A

- di essere nat_ a _____ (____) il ____ / ____ / _____
- di essere residente nel Comune di _____ (____) Via _____ n. _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito nell'anno _____ presso l'Istituto scolastico _____
sito in _____ (____) Via _____ n. _____
- 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 presso _____, con sede Legale in _____
(____) Via _____ n. _____ cap _____ con
Sede Operativa in _____ Via _____ n. _____ cap _____ e di essere informato,
ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) n. 679 del 27.04.2016 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. 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 alla presente:

- Certificato medico rilasciato dalla ASL (costo € 25,00)
- n. 1 marca da bollo € 16,00 (da apporre al patentino)
- Attestazione di versamento PagoPA di € 65,00 (il link per accedere alla piattaforma è <https://pagora.regione.abruzzo.it/>)
- n. 2 fotografie formato tessera
- n. 1 fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

_____, li, ____ / ____ / _____

firma