Marca da bollo di € 16,00

**DOMANDA DI REVISIONE**

**PATENTE DI ABILITAZIONE ALL’IMPIEGO DEI GAS TOSSICI**

(art. 35 del R.D. 9.01.1927, n. 147)

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione

dell’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Via Chiusaforte 2 – 33100 UDINE

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_

eventuale altro recapito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. e/o cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la revisione della Patente di Abilitazione n.\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

per l’impiego dei seguenti gas tossici:

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui all’art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di autocertificazione e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli articoli 483, 495 e 496 del codice penale, **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità:

* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa; di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali; ovvero dichiara di aver riportato le seguenti condanne (indicare quali):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di trovarsi, rispetto alla situazione lavorativa, in una delle seguenti condizioni (barrare con una crocetta la situazione in cui si trova il dichiarante e, ove richiesto, specificare la propria condizione):
* di essere ai sensi dell'art. 2 e dell'art. 41 del D. Lgs. 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni, un lavoratore soggetto all'obbligo della sorveglianza sanitaria da parte del Medico competente aziendale presso la ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che la copia del giudizio di idoneità in corso di validità e afferente la mansione e i rischi connessi all'impiego dei gas tossici è in mio possesso;
* di essere studente o disoccupato o un lavoratore autonomo, o libero professionista o altro, ma comunque un lavoratore non soggetto all'obbligo della sorveglianza sanitaria aziendale (specificare a fianco in quale caso si rientra)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e quindi, di presentare – a corredo della presente domanda – un certificato medico ex art. 27 del R.D. 147/1927 e circolare del Ministero della Sanità 2 agosto 1967, n. 133, in bollo, di data non anteriore a un mese, rilasciato dal Medico del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria territoriale competente o da un medico militare, da cui risulti che il richiedente:

1. non è affetto da malattie fisiche o psichiche, non presenta deficienze organiche di qualunque specie, che gli impediscano di eseguire con sicurezza le operazioni relative all’impiego di gas tossici e possiede la perfetta integrità del senso olfattivo e la pervietà nasale;
2. non presenta segni di intossicazione alcolica e da sostanze stupefacenti;
3. percepisce la voce afona ad almeno otto metri di distanza da ciascun orecchio;
4. possiede il visus, complessivamente non inferiore a 14/10 (tavola di Snellen) purché ad occhio non inferiore a 5/10, ottenuto anche ricorrendo all’impiego di lenti di correzione.

* che l'indirizzo, comprensivo del recapito telefonico e/o cellulare, al quale deve essere trasmessa ogni comunicazione relativa al presente procedimento è il seguente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di autorizzare l'utilizzo dei dati personali, in base al D. Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di dati personali”, per gli scopi connessi al presente procedimento.

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

1. patente da revisionare;
2. certificato medico di idoneità psico-fisica all'esecuzione di operazioni relative all'impiego di gas tossici in marca da bollo (art. 27, 1° comma n. 4 del regolamento di cui al Regio Decreto n. 147 del 09/01/1927) solo per il punto 2);
3. ricevuta di versamento dell’importo di 11,20€ (riportante la causale “Revisione patente impiego gas tossici” indicando il nome del titolare) da effettuare con bollettino postale di c/c, sul conto n. 1049064114 intestato all’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale;
4. fotocopia di un documento d’identità in corso di validità (se la domanda non viene presentata e sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto);

NOTE: …………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo e data Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_