

Domanda per la REVISIONE della patente di abilitazione per l'impiego dei gas tossici

MARCA DA
BOLLO
€ 14,62

COMUNE DI SAN GIULIANO TERME
Servizio Tutela Ambientale
Via Niccolini 25
56017 San Giuliano Terme

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ N. _____

Tel. _____ cell. _____ Fax _____

E-mail _____@_____

CHIEDE

ai sensi del R.D. n. 147/27, art. 35, nonché della L.R. 16/2000, la revisione della patente di abilitazione per l'impiego dei gas tossici n. _____ rilasciata in data _____ da _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt.47 e 48 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

- di non aver riportato condanne penali che non consentano il rilascio del patentino
- di non avere procedimenti penali in corso che non consentano il rilascio del patentino

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole delle responsabilità previste per le dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art.496 C.P.) per le quali sono previste sanzioni penali ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 con conseguente decadenza dai benefici conseguenti.

Le dichiarazioni di cui al presente documento sono conformi ai sensi dell'art.10 della Legge 31.12.1996 n°675 in materia di tutela della riservatezza dei dati personali sensibili.

_____ lì _____
(luogo) (data)

Firma dell'interessato

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

1) CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE IN ORIGINALE per l'impiego di gas tossici rilasciata dalla Azienda Sanitaria del comune di residenza in data non anteriore a 1 mese dalla data di presentazione della domanda, da cui risulti che il richiedente:

- a) non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche di qualsiasi specie che gli impediscano di eseguire con sicurezza le operazioni relative all'impiego di gas tossici;
- b) non presenta segni di intossicazione alcolica o da sostanze stupefacenti;
- c) ha integri il senso olfattorio e la pervietà nasale;
- d) percepisce la voce afona da almeno otto metri di distanza da ciascun orecchio;
- e) possiede il visus complessivamente non inferiore a 14/10 (tavola di Snellen), purché da un occhio non inferiore a 5/10.

(N.B.: i limiti di visus complessivo dovranno essere raggiunti senza l'impiego di lenti di correzione);

O IN ALTERNATIVA: CERTIFICAZIONE MEDICA DI IDONEITA' ALLA MANSIONE ACCERTATA NEGLI ULTIMI SEI MESI

(LA DOCUMENTAZIONE DI CUI AL PUNTO 1) E' OBBLIGATORIA ai fini dell'ammissione all'esame fino all'interpretazione autentica della norma da parte della Regione Toscana che prevede l'abolizione del certificato medico)

2) n. 2 foto formato tessera;

3) n. 1 marca da bollo € 14,62 (oltre a quella apposta sulla presente domanda);

4) Copia fotostatica di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità (se l'istanza non viene firmata in presenza del dipendente addetto);

5) Patente da revisionare;