



Alla  
Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia  
Dipartimento Prevenzione Medico  
U.O.C. PSAL Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro  
Segreteria Commissione Gas Tossici  
Viale Indipendenza, 3  
27100 PAVIA

**Oggetto: DOMANDA PER ESSERE AMMESSO/A A SOSTENERE GLI ESAMI PER IL CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE DI ABILITAZIONE ALL'IMPIEGO DI GAS TOSSICI (artt. 26 e 27 del R.D. n. 147/27 e s.m.i.)**

Il /la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso/a a sostenere gli esami per il conseguimento della patente di abilitazione all'impiego dei sotto elencati gas tossici:

- |          |              |
|----------|--------------|
| 1) _____ | 5) _____     |
| 2) _____ | 6) _____     |
| 3) _____ | 7) _____     |
| 4) _____ | altri) _____ |

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, (sanzioni di cui all'art. 483 del C.P. ed alle leggi speciali in materia) **dichiara sotto la propria responsabilità:**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

di essere residente/domiciliato/a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_;

indirizzo di posta PEC nominativo (se in possesso) \_\_\_\_\_;

di non aver subito condanne penali;

di aver riportato le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_;

di essere in possesso del titolo di studio di: \_\_\_\_\_;

conseguito in data \_\_\_\_\_ c/o \_\_\_\_\_;

(certificato di studi elementari per i nati anteriormente al 1° gennaio 1953);

(diploma di scuola media inferiore per i nati dopo il 1953).

A tale scopo allega alla presente i seguenti documenti:

1. una foto tessera di data recente firmata sul retro;
2. fotocopia di documento di identità in corso di validità;
3. attestazione di versamento di euro 42,03= (più euro 5,53= per ogni altro gas tossico successivo al primo) sul c/c postale n. 10523272 intestato a A.T.S. di Pavia - Dipartimento Prevenzione Medico Viale Indipendenza, 3 Pavia - specificando la causale e il c.d.c. 5000 PR PL PI 00

Il/ la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati sensibili e personali, tutelati ai sensi del D. Lgs. 196/03 e s.m.i. per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

---

(data)

---

(firma)