

Spazio per il bollo
da €. 16,00

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SESSIONE DI ESAMI PER GLI ASPIRANTI AL
CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'IMPIEGO DEI GAS TOSSICI PER
L'ANNO 2019.**

Al Direttore Generale

- dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di**
(di residenza del richiedente)
- dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.**
(di residenza del richiedente)

Il/La sottoscritt _____
(Cognome e nome)

residente a _____ in _____

CHIEDE

di essere ammess.... alla sessione di esami per gli aspiranti al conseguimento del certificato di idoneità all'impiego dei gas tossici per l'anno 2019 , per i seguenti gas:

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in materia di autocertificazione **e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli art. 483, 495 e 496 del C.P., sotto la propria personale responsabilità**, dichiara:

- di essere nat ____ a _____ il _____
- di essere in possesso del titolo di studio di _____
- conseguito il _____ presso _____
- di trovarsi nella seguente situazione per quanto riguarda eventuali condanne penali riportate (barrare qui di seguito con una crocetta la casella corrispondente alla situazione in cui si trova il dichiarante, anche se negativa. Ove il dichiarante avesse riportato condanne penali e/o avesse procedimenti in corso, barrare la relativa casella e specificare nello spazio apposito le informazioni richieste):

- non aver riportato condanne penali e non aver procedimenti penali in corso; non avere procedimenti per l'applicazione di misure di sicurezza o di prevenzione; non avere precedenti giudiziari tra quelli iscrivibili nel casellario giudiziale ai sensi del D.P.R. 14.11.2002, n. 313;

oppure

- aver riportato le seguenti condanne penali e/o avere i seguenti procedimenti penali in corso e/o avere i seguenti procedimenti per l'applicazione di misure di sicurezza o di prevenzione e/o avere i seguenti precedenti giudiziari tra quelli iscrivibili nel casellario giudiziale ai sensi del D.P.R. 14.11.2002, n. 313 *(indicare le sentenze o i provvedimenti di condanna o di applicazione dei provvedimenti di prevenzione, ovvero la natura del procedimento penale e il reato ascritto. Tale indicazione deve essere riportata anche se è stata concessa amnistia, indulto, condono, perdono giudiziale):*

.....
.....
.....

- 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):

- 1)** 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

- 2)** di essere studente, o disoccupato, o 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 territorialmente competente o da un medico militare dal quale risulti che il richiedente il certificato:

- a) non è affetto da malattie fisiche o psichiche, non presenta deficienze organiche di qualsiasi 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;
- b) non presenta segni di intossicazione alcolica e da sostanze stupefacenti;
- c) percepisce la voce afona ad almeno otto metri di distanza da ciascun orecchio;
- d) possiede il visus naturale (ovvero misurato senza l'utilizzo di lenti correttive), complessivamente non inferiore a 14/10 (tavola di Snellen) purché da un occhio non inferiore a 5/10;

- che l'indirizzo, comprensivo del recapito telefonico e/o cellulare, al quale deve essere fatta 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" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per gli scopi connessi al presente procedimento.

Si allega :

- fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
- due fotografie, di data recente, firmate sul retro;
- la certificazione sanitaria specificata nella presente domanda nel caso si configuri la situazione di cui al precedente punto 2;
- ricevuta di versamento di importo pari ad €. 11,20, intestato alla Azienda Sanitaria di competenza*, con specificata la causale di versamento "Conseguimento Patente Gas Tossici".

Data

Firma

** Indicazioni per il pagamento:*

- 1) **ASUIs** – c/c postale n. 10347342 intestato a Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, via G. Sai, 1 – 3 – 34128 TRIESTE.
- 2) **ASUIUD** – c/c postale n. 10003333 intestato a Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine – Servizio Tesoreria, via Pozzuolo, 330 – 33100 UDINE.
- 3) **A.A.S. n. 2 "Bassa Friulana – Isontina"** – c/c postale n. 10077493 intestato a Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina", via Vittorio Veneto, 174 – 34170 GORIZIA.
- 4) **A.A.S. n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli"** – c/c postale n. 34070326 intestato a Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli", Piazzetta Portuzza, 2 – 33013 GEMONA DEL FRIULI (UD).
- 5) **A.A.S. n. 5 "Friuli Occidentale"** – c/c postale n. 10058592 intestato a Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" – Servizio Tesoreria – via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 PORDENONE.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: VALENTINO PATUSSI

CODICE FISCALE: PTVNT55T01E098D

DATA FIRMA: 06/12/2018 10:54:50

IMPRONTA: D2E9A60CC0CE242B4E2C7700819A94DCA4FDEA67D0B81CF642CEBA2597F8B4DC
A4FDEA67D0B81CF642CEBA2597F8B4DC231CEEB750C967D54FCC1D59E8FD52FE
231CEEB750C967D54FCC1D59E8FD52FE804982365FBB6BC0377920B5D47F1C66
804982365FBB6BC0377920B5D47F1C66C782F52E185299E58B8EAA0B40AB612A