

Spazio per il bollo
da €. 16,00

DOMANDA DI REVISIONE DELLA PATENTE DI ABILITAZIONE PER L'IMPIEGO DI GAS TOSSICI, RILASCIATE O REVISIONATE NEL PERIODO 1° GENNAIO – 31 DICEMBRE 2020.

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
Via C. Costantinides, 2
34128 TRIESTE

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 (scrivere in stampatello) _____

indirizzo pec (se in possesso) _____

in servizio presso _____

in possesso di patente per l'uso del gas tossico _____

rilasciata / revisionata in data: _____

Prot. n. _____ Matricola n. _____

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti del Decreto del Ministero della Salute del 17.01.2025, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 08.05.2025, la revisione della suddetta patente.

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 non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso ovvero di aver riportato le seguenti condanne (da indicare) _____

- 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 _____

_____ e che la copia del giudizio di idoneità in corso di validità ed afferente la mansione ed i rischi connessi all'impiego dei gas tossici è in mio possesso;

☐ **2)** 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 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, e della mail, 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", per gli scopi connessi al presente procedimento.

Data _____

Firma _____

SI ALLEGA:

- 1) Patente soggetta a revisione;
- 2) Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
- 3) Fotocopia Tessera Sanitaria (Carta Regionale dei Servizi)
- 4) Certificazione sanitaria specificata nella presente domanda;
- 5) **Solo se la patente da revisionare ha esaurito lo spazio disponibile o è deteriorata** e si rende quindi necessario il rilascio di una nuova patente, n. 2 foto a colori a mezzo busto in formato tessera;
- 6) Ricevuta di versamento per un importo pari a € 11,20 mediante bonifico bancario, Intesa San Paolo.: IBAN: IT 06 D 03069 12344 100000046103 intestato alla Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, via C. Costantinides, 2 – 34128 TRIESTE, con specificata la causale di versamento "Revisione Patente Gas Tossici"