

Protocollo	Bollo
------------	-------

**COMUNE DI MEDICINA**  
**SERVIZI ALLE IMPRESE E CULTURA**  
Ufficio Attività Produttive  
tel. 051 6979241-243; fax. 051 6979222  
e-mail: [suap@comune.medicina.bo.it](mailto:suap@comune.medicina.bo.it)

## Richiesta rilascio patente per l'abilitazione all'impiego dei gas tossici

**Io** (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ civico n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare n. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### Chiedo

il rilascio dell'abilitazione (patente) alle operazioni relative all'impiego dei seguenti gas tossici:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e pertanto **chiedo** di essere ammesso/a a sostenere gli esami davanti alla Commissione esaminatrice per il conseguimento del certificato di idoneità per l'abilitazione alle operazioni relative all'impiego dei gas tossici su elencati, ai sensi dell'art. 27 R.D. n. 147/1927.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

### dichiaro

1. di essere cittadino italiano (diversamente indicare la cittadinanza)  
\_\_\_\_\_
2. di non aver mai riportato condanne penali *oppure*  
di aver riportato le seguenti condanne penali con sentenza passata in giudicato: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. che nei miei confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs 159/2011 (antimafia)

4. di essere in possesso del seguente titolo di studio  
\_\_\_\_\_

rilasciato dall'Istituto \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

e di avere pertanto assolto la scuola dell'obbligo.

**Dichiaro** che qualsiasi comunicazione relativa al presente procedimento potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti

fax numero \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo di PEC (posta elettronica certificata) \_\_\_\_\_

recapito diverso da quello di residenza \_\_\_\_\_

**Elenco allegati:**

[ \_ ] n. 2 foto formato tessera di data recente, di cui una autenticata (ufficio anagrafe);

[ \_ ] fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;

[ \_ ] in caso di **titolo straniero**: copia del titolo e l'originale della traduzione in lingua italiana, certificata conforme al testo straniero dall'autorità diplomatica o consolare italiana competente per territorio ovvero dall'autorità diplomatica o consolare del paese ove il titolo è stato conseguito

[ \_ ] altro (specificare): \_\_\_\_\_.

luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016 . Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, il Comune di Medicina , in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuto a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali. Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Medicina con sede in Via Libertà 103, 40059.