REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITÀ

UNITÀ OPERATIVA SPECIALISTICA (UOS) DI BILANCIO E COORDINAMENTO STRATEGICO

Servizio prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

salute@certregione.fvg.it
prevenzione.salute@regione.fvg.it
tel +39 0432 805 629
I-34121 Trieste,
via Cassa di Risparmio 10

Spazio per il bollo da €. 16,00

PROTOCOLLO_____

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SESSIONE DI ESAMI PER GLI ASPIRANTI AL CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'IMPIEGO DEI GAS TOSSICI PER L'ANNO 2026.

	Al Direttore Generale ☐ ***dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina*** ☐ ***dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale*** ☐ ***dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale***

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 _____

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 2026 per i seguenti gas:

1)	2)
3)	4)
5)	6)

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 _____ in data _____
- di essere in possesso del titolo di studio di _____
- conseguito in data _____ presso _____
- 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 ascrivibili nel casellario giudiziale ai sensi del D.P.R. 14.11.2002, n. 313;

oppure

☐ aver riportato le seguenti condanne penali e/o aver 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 qual 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 ad 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 da 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;

- di autorizzare l'utilizzo dei dati personali, ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per gli scopi connessi al presente procedimento.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che tutte le comunicazioni inerenti l'esame per il conseguimento del certificato d'idoneità ai fini del rilascio della patente di abilitazione per l'impiego dei gas tossici sono pubblicati sul sito istituzionale della Regione (*https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/MODULI/bandi_avvisi/*).

Si allega:

1) fotocopia di un documento d'identità in corso di validità

2) fotocopia Tessera Sanitaria (Carta Regionale dei Servizi)

3) una fotografia, di data recente, firmata sul retro

4) la certificazione sanitaria specificata nella presente domanda nel caso si configuri la situazione di cui al precedente punto 2

5) ricevuta di versamento di importo pari ad €. 11,20, intestato all'Azienda Sanitaria di competenza*, con specificata la causale di versamento "Conseguimento Patente Gas Tossici"

Data_____ Firma _____

** Indicazioni per il pagamento:*

1) ASUGI - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, via Costantino Costantinides, 2 – 34128 TRIESTE.
Coordinate bancarie IBAN: IT 06 D 03069 12344 100000046103 - Coordinate postali: c/c postale n. 10347342 –

2) ASUFC - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, via Pozzuolo, 330 – 33100 UDINE.
Coordinate bancarie: IBAN: IT 80 E 03069 12344 100000046104 Coordinate postali: c/c postale n. 1049064114 –

3) ASFO – Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 PORDENONE.
Coordinate bancarie: IBAN: IT 29 C 03069 12344 100000046102 Coordinate postali: c/c postale n. 10058592 –