Al Direttore Generale

Agenzia di Tutela della Salute – Sede territoriale di Varese

c/o Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

via O. Rossi, 9

21100 VARESE

**DOMANDA PER IL RILASCIO**

**del Patentino Regionale abilitante all’esercizio di coordinatore/addetto alle attività di rimozione, smaltimento e bonifica dell’amianto ai sensi del D.P.R. 8 Agosto 1994**

Il sottoscritto ( indicare nome e cognome ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a (per gli stranieri indicare oltre al luogo di nascita anche lo Stato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A codesta ATS il rilascio in copia (originale o duplicato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del PATENTINO REGIONALE abilitante all’esercizio di (coordinatore o addetto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

delle attività di rimozione, smaltimento e bonifica dell’amianto ai sensi della legge 257/92.

A tale scopo si allega:

* Attestato di frequenza al corso specifico di formazione (verrà consegnato con il patentino)
* Certificato dell’esito della verifica finale (verrà consegnato con il patentino)
* Copia denuncia di smarrimento (in caso di richiesta duplicato)
* Ricevuta di versamento di € 45,58 da effettuare tramite:
	+ Pago PA come da istruzioni fornite dalla segreteria PSAL di riferimento.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma (per esteso leggibile)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_