



**REGIONE MOLISE**  
**DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE**  
**SERVIZIO PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE**

Marca da bollo

**Al Presidente della Commissione  
esaminatrice per il conseguimento del  
Certificato di idoneità all'uso di Gas Tossici  
c/o Dipartimento di Prevenzione  
via del Molinello, 1  
TERMOLI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Cognome e nome \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Luogo \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
In Via \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
per eventuali comunicazioni

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a sostenere gli esami per il conseguimento del certificato di idoneità all'impiego di gas tossici (art. 31 del RD del 9 gennaio 1927, n. 147):

\_\_\_\_\_ (specificare il tipo di gas)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

luogo e data

FIRMA

\_\_\_\_\_