



**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 _____

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
