

All'

**ISPettorato Territoriale del
LAVORO DI CAGLIARI -ORISTANO.
SEDE DI CAGLIARI
SERVIZIO ISPEZIONE DEL LAVORO
Via E. Pirastu 2, ang. Viale Diaz
09125 CAGLIARI**

Marca da
Bolli da
16,00 €

INFORMATIVA AI
SENSI DELL' ART.
10 DELLA LEGGE
31.12.96 N. 675.

I dati personali sono richiesti e verranno trattati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla legge e dai regolamenti attuativi.

L'acquisizione degli stessi è necessaria per le finalità di cui sopra. La comunicazione e la diffusione degli stessi a soggetti pubblici sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali. La comunicazione o la diffusione a privati o enti pubblici sarà limitata ai casi previsti da norme di legge o di regolamento. Il titolare dei dati è il Capo dell'Ispettorato Territoriale del Lavoro di Cagliari-Oristano.

**DOMANDA DI AMMISSIONE AGLI ESAMI DI ABILITAZIONE
PER CONDUTTORI DI GENERATORI DI VAPORE**

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____ e residente a _____ Via _____,
tel. _____ indirizzo di posta elettronica attivo _____

CHIEDE di essere ammesso agli esami per il conseguimento del patentino di abilitazione alla conduzione di generatori di vapore di _____ grado.

A tal fine, avvalendosi di quanto disposto dall'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, consapevole:

- a) Delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000);
b) Della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione falsa (art. 75 D.P.R. 445/2000);

DICHIARA

- di esser nato a _____, il _____
- di essere residente in _____ Via _____ n. _____
- di essere in possesso del patentino di abilitazione di _____ grado per la conduzione di generatori di vapore, rilasciato dalla Direzione Territoriale del Lavoro di _____, in data _____, N° _____.
(* - di essere in possesso del titolo di studio _____, specializzazione _____, conseguito/a nell'anno _____, presso l'Istituto/Università _____).

N.B. Chiede che tutte le comunicazioni relative agli esami gli vengano trasmesse all'indirizzo sopra indicato (ovvero, al seguente indirizzo _____).

In fede

_____, li _____

(*) Solo per gli aspiranti al Primo grado.

Allegati:

1. Certificato medico di idoneità psico-fisica, in bollo, rilasciato da struttura pubblica o da altri medici all'uopo autorizzati, in data non anteriore a sei mesi da quella di presentazione della domanda;
 2. N. 2 fotografie formato tessera, firmate sul davanti;
 3. * Libretto personale di tirocinio, con le debite iscrizioni;
 - Autocertificazione, **temporaneamente sostitutiva**, di tirocinio, con indicato numero e data di rilascio, inizio e termine del tirocinio, dati identificativi del generatore e data di accertamento;
 4. Autocertificazione oppure copia conforme del titolo di studio, oppure originale più copia che verrà autenticata dal funzionario che riceve la domanda.
- * Cancellare la voce che non interessa.

**NON COMPILARE
RISERVATO
UFFICIO**

C.I. N. _____

Del _____

Rilasciata da:

