

RINUNCIA ALLA REVISIONE PATENTE DI ABILITAZIONE ALL'IMPIEGO DI GAS TOSSICI

Commissione Esami Gas Tossici ASL di Cagliari
c/o Dipartimento di Prevenzione Pad. D – 1° Piano
Via Romagna n. 16 – 09127 CAGLIARI

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

Domicilio _____
(indicare solo se diverso dalla residenza)-

Codice fiscale _____ n°tel. _____

e-mail _____

titolare della patente/i di abilitazione all'impiego di gas tossici di seguito descritta/e:

N° _____ rilasciata il _____ da _____

N° _____ rilasciata il _____ da _____

N° _____ rilasciata il _____ da _____

RINUNCIA

Al rinnovo della stessa/e e la/e consegna a questa Commissione.

Data _____

In Fede _____

All. fotocopia Carta di Identità
