

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE PREVENZIONE n. 14 del 21 marzo 2006

**Revisione delle patenti di abilitazione all'impiego di gas tossici. Anno 2006.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

II Dirigente

Visto il R.D. 9 gennaio 1927, n.147, e successive modificazioni, concernente il Regolamento Speciale per l'impiego di gas tossici;

Vista la circolare prot. n.220/7985/41.3.33 REG. in data 16.10.1981 con la quale la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha riconosciuto la competenza delle Regioni allo svolgimento delle funzioni residue di competenza dello Stato per il passato esercitate dai soppressi Uffici dei Medici Provinciali, tra le quali si può individuare il rilascio del patentino di abilitazione all'impiego di gas tossici;

Visto il combinato disposto dell'art.7, co.1, lett. c) della L. 833/78; dell'art.35 del già citato R.D. 147/27, e degli artt. 5 L.R. 12/72 e 3 L.R. 15/79;

Visto l'art.28, comma 2 della L.R. 10 gennaio 1997, n.1;

Visto l'art.2 della L. 4 gennaio 1968 n.15, modificato dall'art.3 della L. 15 maggio 1997, n.127;

Vista la L. 15 maggio 1997, n.127;

Vista la L. 16 giugno 1998, n.191;

Visto il D.P.R. 20 ottobre 1998 n.403;

Vista la L.R. n. 11/2001, art. 123, comma 3;

Vista la DGRV n. 3887 del 31.12.2001;

Vista la DGRV n. 3930 del 30.12.2002;

decreta

1. E' disposta la revisione di tutte le patenti di abilitazione all'impiego di gas tossici rilasciate o revisionate nel periodo 1 gennaio \_ 31 dicembre 2001.

2. I titolari di patente soggetta a revisione devono presentare domanda (in bollo), secondo il fac-simile allegato n. 1, al Direttore Generale dell' ULSS avente sede nel capoluogo di Provincia nella cui circoscrizione è compreso il Comune di propria residenza e/o domicilio, entro il 31 luglio 2006.

La domanda deve contenere l'indicazione delle generalità del candidato e l'autocertificazione relativa ai seguenti dati personali:

- a) residenza e, se diverso, domicilio;
- b) non aver riportato condanne penali o, in caso contrario, indicare quali.

La domanda deve essere corredata da:

A) certificato medico (art.27 R.D. 147/1927), secondo il fac-simile allegato n. 2, rilasciato dal Responsabile del Dipartimento di Prevenzione di Azienda Unità Locale Socio - Sanitaria o suo delegato, o da un medico militare, di data non anteriore a mesi sei da quella della domanda, dal quale risulti che il richiedente:

- . non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche di qualsiasi specie che gli impediscano di eseguire con sicurezza operazioni relative all'uso di gas tossici;
- . non presenta segni di intossicazione alcolica o da sostanze stupefacenti;
- . percepisce la voce afona da almeno otto metri di distanza da ciascun orecchio;
- . ha integri il senso olfattivo e la pervietà nasale;
- . possiede il visus complessivamente non inferiore a 14/10 (Tavola di Snellen), purché da un occhio non inferiore a 5/10;

B) due fotografie uguali e recenti, formato tessera, firmate sul retro;

C) patente/i soggetta/i a revisione;

D) fotocopia di documento di identità valido;

E) ricevuta di versamento, effettuato a favore dell'AULSS competente, della somma prevista al § 1. cod., 28 del Tariffario Unico Regionale delle prestazioni rese dal Dipartimento di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto.

3. L'Amministrazione dell'ULSS competente procederà ad effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

In caso di false dichiarazioni si applicheranno le disposizioni di cui all'art. 26 della L. 15/68 e, qualora la falsità riguardi le dichiarazioni di cui alle lettere a) e b) del precedente punto 2., si provvederà anche alla revoca del patentino.

4. Non verrà dato corso alla revisione delle patenti le cui domande non siano corredate di tutta la documentazione di cui al precedente punto 2).

5. Il titolare di patente soggetta a revisione che continui nell'impiego di gas tossici con patente scaduta incorre nella revoca della stessa, ai sensi dell'art. 36, comma primo, punto 2), del R.D. 9 gennaio 1927, n. 147.

6. Nelle more della revisione del documento in questione, gli interessati, a dimostrazione della titolarità della patente, possono avvalersi di copia autenticata dell'originale della stessa.

Ercole

**BOLLO**

Allegato 1  
Al Signor  
Direttore Generale  
dell'Azienda ULSS N. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

OGGETTO: Revisione della/e patente/i di abilitazione per l'impiego dei gas tossici.

Decreto Dirigente Regionale n. 14 del 21.03.2006.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_

(indicare solo se diverso dalla residenza)

CHIEDE

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

n. ...

rilasciata il .....

n. ...

rilasciata il .....

n. ...

rilasciata il .....

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.26 della legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma2, del DPR 403/1998

DICHIARA

· di essere residente a ..... via ..... n. ... ;

· di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare quali).

Allega:

a) certificato medico;

b) due fotografie uguali e recenti, formato tessera, firmate sul retro;

c) la/le patente/i da revisionare;

d) ricevuta di versamento;

e) fotocopia documento di identità personale valido.

Il sottoscritto, ai sensi della legge n. 675 del 31 dicembre 1996, autorizza la Regione Veneto ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per l'espletamento della procedura di abilitazione di cui alla presente domanda.

..... li .....

firma .....

Allegato 2

FAC-SIMILE

CERTIFICATO MEDICO PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'IMPIEGO DI GAS TOSSICI

SI CERTIFICA

CHE IL SIG. \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO \_\_\_\_\_

VISITATO IN DATA ODIERNA:

E'/NON E' AFFETTO DA MALATTIE FISICHE O PSICHICHE

PRESENTA /NON PRESENTA DEFICIENZE ORGANICHE CHE GLI IMPEDISCANO DI ESEGUIRE CON SICUREZZA OPERAZIONI RELATIVE ALL'IMPIEGO DI GAS TOSSICI

PRESENTA /NON PRESENTA SEGNI DI INTOSSICAZIONE ALCOLICA O DA SOSTANZE STUPEFACENTI

HA/NON HA INTEGRI IL SENSO OLFATTORIO E LA PERVIETA' NASALE

PERCEPISCE/

NON PERCEPISCE LA VOCE AFONA AD ALMENO OTTO METRI DI DISTANZA DA CIASCUN ORECCHIO

VISUS (TAVOLA DI SNELLEN) COMPLESSIVAMENTE NON INFERIORE A 14/10, PURCHE' DA UN OCCHIO NON INFERIORE 5/10

NATURALE OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

CORRETTO OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

GRADO RIFRAZIONE LENTI OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

SI RITIENE PERTANTO IDONEO/NON IDONEO ALL'IMPIEGO DI GAS TOSSICI  
CON/SENZA OBBLIGO DI LENTI.

\_\_\_\_\_, LI \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA

DEL MEDICO CERTIFICANTE

N.B. CANCELLARE LA VOCE CHE NON INTERESSA