

Marca da Bollo
€ 16,00

Spett.le A.S.L. “Città di Torino”
S.C. S.Pre.S.A.L.
Via Alassio n° 36/E
10126 Torino

**DOMANDA PER SOSTENERE GLI ESAMI PER IL CONSEGUIMENTO
DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' PER L'ABILITAZIONE ALLE OPERAZIONI
RELATIVE ALL'IMPIEGO DEI GAS TOSSICI.**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia (____) il ____/____/____ di nazionalità * _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ Provincia (____)

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

☎ **(in caso di cittadini extracomunitari occorre allegare copia del permesso di soggiorno).*

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Ragione Sociale dell'Azienda _____

corrente in _____ Provincia (____)

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Persona a cui rivolgersi per eventuali chiarimenti Sig./ra _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 26, R.D. 147/27, il rilascio dell'abilitazione (patentino) all'impiego di seguenti gas tossici:

e, pertanto, chiede di essere ammesso/a a sostenere gli esami davanti alla Commissione esaminatrice per il conseguimento del certificato di idoneità per l'abilitazione alle operazioni relative all'impiego dei gas tossici, ai sensi del R.D. n. 147/27, art. 27.

Inoltre, valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 (Decadenza dai benefici) della normativa sopra indicata

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito presso _____ in data _____
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili, di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- di aver eletto quale domicilio professionale (se non residente in Piemonte) il seguente indirizzo

Inoltre, allega la seguente documentazione:

- 1) giudizio di idoneità alla mansione specifica, in corso di validità, rilasciato dal Medico Competente ai sensi della normativa vigente (art. 41 DLgs 81/2008 e s.m.i.)
- 2) attestazione del versamento di € 35,00 (trentacinque/00) da effettuare tramite bonifico bancario presso BANCA INTESA SANPAOLO AG. 20 – 10154 TORINO VIA CIMAROSA 87, Codice IBAN: IT28Y0306901020100000046260 intestato ad A.S.L. CITTA' DI TORINO, Causale "*Esame di abilitazione impiego gas tossici*"
- 3) una marca da bollo da € 16,00 da apporre sul patentino, che può essere allegata alla domanda o consegnata dopo il superamento dell'esame
- 4) fotocopia del documento di identità in corso di validità
- 5) due fotografie (formato tessera).

Data_____

Firma_____

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI

(Regolamento Generale europeo sulla protezione dei dati GDPR. 2016/679 – D.Lgs 196/2003 e s.m.i.)

Io sottoscritto/a..... **DICHIARO** di aver letto e compreso il contenuto dell'Informativa rilasciatami, in copia, unitamente alla presente richiesta, dall'ASL Città di Torino ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), riguardante le finalità e le modalità di trattamento dei miei dati personali, compresi i dati di cui all'art. 9 del predetto Regolamento (tra i quali i dati relativi alla mia salute).

Data

_____ Firma dell'interessato/a

Mod. 2 – RINNOVO

Marca da Bollo
€ 16,00

Spett.le A.S.L. “Città di Torino”
S.C. S.Pre.S.A.L.
Via Alassio n° 36/E
10126 Torino

**DOMANDA PER LA REVISIONE/RINNOVO
DELLA PATENTE DI ABILITAZIONE ALL’IMPIEGO DI GAS TOSSICI**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia (____) il ____/____/____ di nazionalità * _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ Provincia (____)

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

☎ **(in caso di cittadini extracomunitari occorre allegare copia del permesso di soggiorno).*

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Ragione Sociale dell’Azienda _____

corrente in _____ Provincia (____)

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Persona a cui rivolgersi per eventuali chiarimenti Sig./ra _____

CHIEDE

La revisione della patente di abilitazione all’impiego di gas tossici n° _____

rilasciata in data ____/____/____

Inoltre, valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 dello stesso D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle conseguenze di cui all’art. 75 (Decadenza dai benefici) della normativa sopra indicata

DICHIARA

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili, di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- di aver eletto quale domicilio professionale (se non residente in Piemonte) il seguente indirizzo

A tale scopo allega la seguente documentazione:

- 1) patente da rinnovare
- 2) giudizio di idoneità alla mansione specifica, in corso di validità, rilasciato dal Medico Competente ai sensi della normativa vigente (art.41 DLgs 81/2008 e s.m.i.)
- 3) attestazione del versamento di Euro 15,00 (quindici/00) da effettuare tramite bonifico bancario presso BANCA INTESA SANPAOLO AG. 20 – 10154 TORINO VIA CIMAROSA 87, Codice IBAN: IT28Y0306901020100000046260 intestato ad A.S.L. CITTA' DI TORINO, Causale "*Revisione della patente dei gas tossici*"
- 4) fotocopia di documento di identità in corso di validità

Data_____

Firma_____

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI

(Regolamento Generale europeo sulla protezione dei dati GDPR. 2016/679 – D.Lgs 196/2003 e s.m.i.)

Io sottoscritto/a..... **DICHIARO** di aver letto e compreso il contenuto dell'Informativa rilasciatami, in copia, unitamente alla presente richiesta, dall'ASL Città di Torino ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), riguardante le finalità e le modalità di trattamento dei miei dati personali, compresi i dati di cui all'art. 9 del predetto Regolamento (tra i quali i dati relativi alla mia salute).

Data

_____ Firma dell'interessato/a _____

INFORMATIVA

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 di seguito GDPR - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.

Le categorie particolari di dati personali, di cui all'art. 9 1° comma del Regolamento EU GDPR 679/2016 (personali es.: dati anagrafici, domicilio, residenza, cod. fisc. IBAN, stato civile, professione, rec. telefonico, indirizzo di posta elettronica personale – sensibili es.: dati sanitari, stato di salute, stile di vita, orientamento sessuale, etnia, religione, adesione a partiti politici e a sindacati – giudiziari) e conferiti a questa struttura, sono trattati esclusivamente per finalità istituzionali (prevenzione, cura e riabilitazione) in capo alla S.C. "S.Pre.S.A.L." e per finalità amministrative correlate.

Il conferimento dei succitati dati è obbligatorio per poter effettuare le prestazioni richieste e/o necessarie per la tutela della salute e lo svolgimento dell'attività sanitaria-assistenziale. Dati incompleti o mancanti possono comportare alta possibilità di errore, con conseguenti danni per l'utente, nonché l'impossibilità da parte del personale addetto di gestire l'attività a cui è preposto.

Il mancato conferimento dei succitati dati, con l'eccezione dei trattamenti urgenti e quelli disposti da autorità pubblica (sindaco, autorità giudiziaria, ecc.) comporta l'impossibilità di erogare la prestazione sanitaria.

I trattamenti dei dati sono effettuati da personale autorizzato; tutti gli operatori sono tenuti al rispetto della normativa di legge per quanto attiene la riservatezza dei dati trattati.

I dati saranno conservati per il tempo necessario previsto dalle vigenti norme di legge e regolamentari (es. visite monocratiche: idoneità alla guida autoveicoli e natanti, SRC, porto e detenzione d'armi, ecc. 5 anni).

I dati sono trattati con strumenti sia cartacei che elettronici nel rispetto dei principi e delle regole concernenti le misure adeguate di sicurezza per evitare rischi di perdita, distruzione o accesso non autorizzato.

I dati personali in ambito sanitario di cui all'art. 9 possono essere oggetto di comunicazione per le finalità istituzionali e nei limiti consentiti dalla normativa. I dati forniti potranno essere comunicati nelle sole parti essenziali, per ottemperare ad obblighi e finalità amministrative, ispettive, investigative e/o di legge degli organismi preposti, in base alla tipologia dell'accertamento (Enti del SSN, Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Commissione medica ospedaliera – Ministero della Difesa, Organi di vigilanza in materia sanitaria, Città di Torino, INPS, INAIL, autorità giudiziarie: Tribunali - Prefettura – Questura ecc.) ed altri enti/società/associazioni formalmente autorizzate al trattamento dati.

Gli interessati possono esercitare, con le limitazioni previste dall'art. 23 e nel rispetto della normativa nazionale vigente, i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679:

diritto di accesso (art.15), diritto di rettifica (art.16), diritto alla cancellazione (art.17), diritto di limitazione del trattamento (art.18), diritto connesso all'obbligo del titolare di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazioni di trattamento (art.19), diritto alla portabilità dei dati (art.20), diritto di opposizione (art.21), diritto connesso con il processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione (art.22).

L'Azienda, sulla base dei suddetti dati così conferiti, non effettua profilazione degli utenti e non trasferisce dati al di fuori dell'Unione Europea ad eccezione di quanto indicato dall'autorità garante per la protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è l'A.S.L. Città di Torino – sede legale Via San Secondo n. 29 – Torino;

Il responsabile dei dati (RDS) è il Direttore della S.C. "S.Pre.S.A.L.", Dott. Pier Luigi Pavanelli;

Il responsabile della protezione dei dati (RPD) è l'Avv. Stefano COMELLINI (mail: comellini@comellini.it)

Al titolare e al responsabile della protezione dati (RPD), l'interessato si potrà rivolgere per far valere i propri diritti così come previsto dall'art. 12 del GDPR 2016/679, attraverso l'invio di una richiesta ad uno dei seguenti indirizzi:

PEC – spresal@pec.aslcittaditorino.it // Posta elettronica – urp@aslcittaditorino.it