

ALL'ASP DI AGRIGENTO
SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA
NEGLI AMBIENTI DI LAVORO
U. O. Prevenzione Igienico-Sanitaria
Ufficio di _____

**OGGETTO : RICHIESTA VISITA MEDICA PER PATENTE DI
ABILITAZIONE ALLA CONDUZIONE DI GENERATORI DI VAPORE
(D.M. 1 marzo 1974)**

Il Sottoscritto _____ ,

nato a _____ il _____ e residente

a _____ in via _____ N. _____

Tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

Di essere sottoposto a visita medica per accertare l' idoneità a svolgere l' attività di
conduttore di generatori di vapore.

Allega:

Documento di riconoscimento e codice fiscale

Ricevuta di pagamento

Accertamenti sanitari effettuati

Data _____

FIRMA

Recapito se diverso da indirizzo sopra citato:

Cognome e Nome _____

Presso _____

Via _____ N. _____

CAP _____ Città _____

Tel. _____

e-mail _____