

n. di matricola



VISTO SI RINNOVA

.....

Lì .....

PARTE RISERVATA AI BOLLI

n. di matricola



VISTO SI RINNOVA

.....

Lì .....

PARTE RISERVATA AI BOLLI

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Milano

Città Metropolitana

**PATENTE DI ABILITAZIONE**  
**all'impiego di gas tossici**

n. di matricola



**PATENTE DI ABILITAZIONE  
all'impiego di gas tossici**

rilasciata a .....

nato a .....

il .....

domiciliato a .....

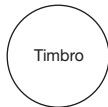
Via .....

a seguito della presentazione del certificato

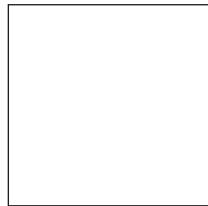
di idoneità ottenuto il .....

col n. di prot. .... (art. 34 del Reg.)

Li .....



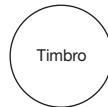
.....



FIRMA del TITOLARE

.....

Visto per l'autenticità



.....

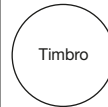
PARTE RISERVATA AI BOLLII

**VARIAZIONE DI DOMICILIO**

Città .....

Via .....

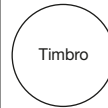
data .....



Città .....

Via .....

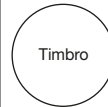
data .....



Città .....

Via .....

data .....



Città .....

Via .....

data .....

