

**ELENCO DEL PERSONALE *ADDETTO ANTINCENDIO* DA SOTTOPORRE A VISITA MEDICA**

Allegato alla richiesta del Certificato di Idoneità psico-fisica ed attitudinale per addetti antincendio che effettuano servizio presso l'infrastruttura di cui alla relativa istanza.

<b>GESTORE/SOGGETTO AUTORIZZATO ENAC</b>	<b>Precedente Certificato idoneità psico- fisica ed attitudinale rilasciata dal Comando di</b>	<b>Limitazioni della validità *</b>	<b>Scadenza precedente Certificato idoneità psico-fisica ed attitudinale</b>
<b>Nome..... Cognome.....</b> <hr/> Responsabile del <i>servizio di soccorso e salvataggio antincendio</i> dell'infrastruttura ..... sita nel comune di.....c.a.p.....Pec..... Tel.....			

	COGNOME	NOME	NATO Data //	COMUNE	PR	INDIRIZZO	N. DOC. IDENTITA'	Prot	Data //	S/N	Data //
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

**luogo**

**Data**

**Firma Gestore /soggetto autorizzato ENAC che ha sottoscritto l'istanza**

\* qualora sia stato rilasciato con validità inferiore a tre anni