

ALLA COMMISSIONE ACCREDITAMENTO
ENTI CFP-ADR
c/o MINISTERO DELLE
INFRASTRUTTURE E TRASPORTI
DIREZIONE GENERALE TERRITORIALE DEL

Via _____

Lo scrivente _____

In qualità di titolare/legale
rappresentante dell'autoscuole/consorzio/ente _____

Con sede in via/piazza/corso _____

(CAP e Città e Provincia) _____

Titolare dell'accREDITAMENTO allo svolgimento dei corsi CFP ADR rilasciato con nota D.G.

M.C.T.C. _____ prot. _____ in data _____

CHIEDE

l'inserimento dei seguenti **docenti tecnici**:

1) Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Titolo di studio _____

Certificato di qualificazione professionale _____

2) Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Titolo di studio _____

Certificato di qualificazione professionale _____

l'**inserimento** dei seguenti **docenti medici**:

1) Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Titolo di studio _____

Certificato di qualificazione professionale _____

2) Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Titolo di studio _____

Certificato di qualificazione professionale _____

la **cancellazione** dei seguenti **docenti**:

1) Nome e Cognome _____

Docente _____

2) Nome e Cognome _____

Docente _____

3) Nome e Cognome _____

Docente _____

Con la presenta dichiara altresì consapevole delle sanzioni penali, nei casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445, 20 dicembre 2000, che permangono i requisiti previsti dal DM 06/10/2006 e già dimostrati per il rilascio dell'autorizzazione sopra citata.

Allega pertanto:

- copia accreditamento allo svolgimento dei corsi CFP ADR;

per i docenti tecnici:

- copia del diploma di laurea in chimica o ingegneria o autocertificazione dello stesso ai sensi del DM 445/2000;

- copia del certificato di qualificazione professionale di consulenti merci pericolose, in corso di validità, relativo alla modalità stradale e per le classi di materie oggetto del corso di formazione tenuto o autocertificazione dello stesso ai sensi del DM 445/2000;

per i docenti medici:

- copia del diploma di laurea in medicina o autocertificazione dello stesso ai sensi del DM 445/2000.

DATA _____

FIRMA (autenticata)
