AUTOCERTIFICAZIONE DI COMPILAZIONE DEL TEST SULLE LINEE GUIDA PER LA SICUREZZA – AUTOSTRADE

RAGIONE SOCIALE OFFICINA ……

Il sottoscritto ……
(Nome e Cognome)

Codice fiscale……..

Operatore ☐ **A – Addetto** ☐ **R – Responsabile**

alle manovre dell'impresa ……..……. con sede …….. consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria responsabilità:

dichiara

- di esercitare l'attività di **autista/addetto alle manovre dell'impresa……..;**
- **che l'attività comprende anche la manovra e conduzioni di mezzi di soccorso stradale e le stesse operazioni di soccorso presso autostrade;**
- di essersi sottoposto al *TEST SULLE LINEE GUIDA DELLA SICUREZZA DELL'OPERATORE SU STRADA – AUTOSTRADE;*
- di aver compilato personalmente e direttamente il modulo di *TEST SULLE LINEE GUIDA DELLA SICUREZZA DELL'OPERATORE SU STRADA – AUTOSTRADE;*
- di non aver usufruito di alcun aiuto esterno nell'attività di compilazione suddetta;
- di essere consapevole di dover rispondere correttamente all'80% dei quesiti indicati nel test;
- di accettare le valutazioni/verifiche che verranno effettuate da parte del Formatore.
- di autorizzare il trattamento dei miei dati personali sopra indicati che verranno trasmessi alle società concessionarie o di gestione della rete stradale ordinaria ed autostradale.

Si allega copia della carta di identità.

In fede

Data …….... Luogo …….

Firma ……..