

AL SINDACO  
DEL COMUNE DI  
MEDICINA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
titolare del patentino di abilitazione all'impiego di gas tossici matr n. \_\_\_\_\_ prot n.  
\_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

COMUNICA

di rinunciare all'utilizzo del suddetto patentino che restituisce in allegato.

Medicina, lì

FIRMA