

**SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA**

Mod.06.07

**NOMINA DELLA COMMISSIONE D'ESAME**Rev.07 del  
07/01/2025Pagina  
1 di 2Prot. 

Spett.le

Agenzia Nazionale per la Sicurezza delle Ferrovie  
delle Infrastrutture stradali e Autostradali  
Via Alamanni, 2  
50123 FIRENZE  
commissioni.esami@pec.ansf.it

Il/la sottoscritto, sig. \_\_\_\_\_ in qualità di Responsabile per conto di FCE del procedimento di certificazione dei requisiti professionali/di valutazione del tirocinio del personale incaricato di svolgere attività di sicurezza per nome e per conto della stessa, in rispetto agli obblighi normativi dall'introduzione del Decreto 4/2012 ANSF del 9 agosto 2012 e relative modificazioni nonché delle successive disposizioni attuative,

**RICHIEDE,**

a codesta Agenzia, l'attribuzione di numero di controllo relativo all'insediamento della commissione esaminatrice la cui composizione è nel seguito precisata e la cui nomina è intesa alla verifica del possesso dei requisiti professionali del personale candidato dalla nostra Società all'ottenimento delle previste abilitazioni a svolgere attività di sicurezza secondo i criteri stabiliti dal quadro normativo vigente.

Allo stesso tempo si intende comunicare gli estremi di convocazione per le eventuali iniziative di partecipazione della sessione d'esame che la Vostra Agenzia intenderà assumere.

PROPOSTA ESAME E COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE D'ESAME			
SEDE DELL'ESAME			
DATA E ORARIO INIZIO ESAME			
<i>Ruolo</i>	<i>Nome e Cognome</i>	<i>N. Attestato di Riconoscimento</i>	<i>Struttura di Appartenenza</i>
Presidente			
Membro			
Membro			

ATTIVITA' DI	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> PDT <input type="checkbox"/> ADT <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> GC <input type="checkbox"/> MI
Tipo Prova d'esame	<input type="checkbox"/> Prova teorica <input type="checkbox"/> Prova pratica <input type="checkbox"/> Tirocinio
Tipologia Certificazione	<input type="checkbox"/> Certificazione del requisito professionale <input type="checkbox"/> Certificazione di valutazione del tirocinio
Codice Corso	
Luogo	Periodo
Identificativo Programma	
Istruttore incaricato o Responsabile del	

**DATI CANDIDATI**

Sono ammessi a sostenere l'esame i seguenti candidati:

<i>N.</i>	<i>Esaminando</i>	<i>Luogo e Data di nascita</i>	<i>Titolo di studio</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**ALLEGATI ALLA RICHIESTA**

Al presente verbale si allega la seguente documentazione:

1.

2.

3.

4.

5.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Il Dirigente di Settore  
  
\_\_\_\_\_