

**Allegato 2**

**Istanza per la partecipazione ai corsi per "Istruttore"**

**Parte riservata al dipendente**

**(Da compilare e trattenere presso l'Ufficio personale/addestramento della Questura, Compartimento, Zona, Reparto, ecc...)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_  
Sede e Ufficio \_\_\_\_\_

in servizio effettivo dal \* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\* Devono decorrere, per la presentazione dell'istanza, 3 anni dal termine del corso di formazione iniziale

in possesso di: Patente Ministeriale 1° Grado - Certificato  1  2B  
Patente Ministeriale 2° Grado - Certificato  1  2  3  4

<b>Corso richiesto</b> <input type="checkbox"/> Istruttore di Tiro <input type="checkbox"/> Istruttore di Tecniche Operative <input type="checkbox"/> Istruttore di Scuola Guida <input type="checkbox"/> Istruttore di Difesa Personale	<input type="checkbox"/> Istruttore di Tiro	Vedi requisiti specifici richiesti nella circolare 500/C/AA2/1953 del 27 febbraio 2008 Allegare copia della patente di guida 2B
	<input type="checkbox"/> Istruttore di Tecniche Operative	Vedi requisiti specifici richiesti nella circolare 500/C/AA2/1953 del 27 febbraio 2008 Allegare copia della patente di guida di 2° grado - certificato 2
	<input type="checkbox"/> Istruttore di Scuola Guida	Vedi requisiti specifici richiesti nella circolare 500/C/AA2/1953 del 27 febbraio 2008 Allegare attestazione dei titoli sportivi posseduti
	<input type="checkbox"/> Istruttore di Difesa Personale	

**Qualifiche operativo - professionali già possedute**

<input type="checkbox"/> Istruttore di Difesa Personale	<input type="checkbox"/> Sommozzatore *
<input type="checkbox"/> Istruttore di Scuola Guida	<input type="checkbox"/> Conduttore Cinofilo *
<input type="checkbox"/> Istruttore di Tiro	<input type="checkbox"/> Cavaliere *
<input type="checkbox"/> Istruttore di Tecniche Operative	<input type="checkbox"/> Pilota/Specialista di Aereo/Elicottero *
<input type="checkbox"/> Artificiere EOD/IEDD *	<input type="checkbox"/> Videofotosegnalatore/Dattiloscopista *
<input type="checkbox"/> Tiratore Scelto *	Altre _____
<input type="checkbox"/> Comandante/Motorista navale *	* Allegare il nulla osta della D.C. competente

**Dichiara, altresì, di non aver inoltrato istanza di trasferimento per altro Ufficio o Reparto**

\_\_\_\_\_  
Firma

\*\*\*\*\*

**Parte riservata al Dirigente dell'Ufficio (Questura, Compartimento, Zona, Reparto, Istituto di Istruzione, ecc..)**

(Timbro Ufficio)

**Il sottoscritto, visto il certificato di idoneità agli accertamenti psico - fisici preliminari rilasciato dal Medico dell'Ufficio Sanitario Locale, attesta che il dipendente è in possesso di tutti i requisiti (generali e specifici) di cui alla circolare N.500/C/AA2/1953 del 27 febbraio 2008**

(Il Dirigente)