

All'azienda USL di Piacenza
Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Impiantistica-Antinfortunistica
P.le Milano,2 Piacenza

OGGETTO: RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA ai sensi dell'art 71 comma 11 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e del D.M. 11 aprile 2011

*Il sottoscritto _____ Datore di Lavoro
 Delegato dal DdL

*Della Azienda / Ente _____

*P.I. _____ *C.F. _____ *SDI _____

*Con sede legale in _____ CAP _____ *Via _____

Cell _____ *Tel _____ *e-mail _____

Fax _____ *PEC _____

*In qualità di Proprietario Utilizzatore delle attrezzature meglio specificate in seguito

*Nome e Cognome del Proprietario (legale rappresentante) (1) : _____

*Ragione Sociale _____ *Sede in _____

*CAP _____ *Via _____

*P.I. _____ *C.F. _____ *SDI _____

CHIEDE A CODESTA AZ. USL L'EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA PERIODICA(DM 11/4/2011 all.2 comma 5.2.1), delle attrezzature indicate nella griglia di descrizione sotto riportata, da eseguirsi presso:

La propria sede legale

Unità operativa/cantiere in via _____ comune _____ località _____

Officina in via _____ comune _____ località _____

*Contattando il sig _____ *Tel/cell _____ Fax _____

Email / PEC _____

Elenco attrezzature

Gruppo(2)	Marca	Modello	Matricola (3)			Numero di fabbrica	Data richiesta	Data scadenza
			Sigla provincia	N°matricola	Anno			

il cui l'elenco continua in allegato alla presente

Al corrente che le verifiche sono a titolo oneroso con tariffe stabilite dalla Regione Emilia Romagna, si comunica che la fattura andrà inviata a:

Se stessa, all'indirizzo della sede legale sopra indicato

Presso il seguente indirizzo: Intestazione _____

Via _____ CAP _____ Comune _____

Data _____

Timbro e Firma

Allegati: (specificare il contenuto degli allegati se presenti) _____

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

• Possono essere richieste verifiche per impianti che abbiano scadenza con data non superiore a 12 mesi rispetto alla data di comunicazione

• Il servizio non è titolare per le prime verifiche d'impianto quindi non possono essere accettate richieste di verifica di impianti sui quali non sia stata già eseguita la prima verifica.

(*)Compilare tutti i campi contraddistinti da

(1)Specificare i dati del Proprietario se il richiedente è **solo** utilizzatore

(2)indicare: **SC**-sollevamento cose, **SP** sollevamento persone, **GVR**-gas/vapore/riscaldamento

(3)matricola di omologazione o prima verifica Enpi/ANCC/ISPESL/INAIL (es: PC/111111/00-Prov./n°matr/anno)