

Spett.le ASL
Dipartimento di Prevenzione - **SERVIZIO IMPIANTISTICA**
Via _____ - _____ (___)

Oggetto : **Verifica periodica apparecchi / attrezzature a pressione.**
(D.Lgs. 25.02.2000 n° 93 - Decreto 01/12/2004 n°329 - D.Lgs. 09.04.2008 n° 81)

Il sottoscritto
in qualità di legale rappresentante / avente titolo (specificare)
della Ditta Partita IVA
con sede amministrativa in COMUNE di
CAP Loc./Via
Tel. fax e-mail

CHIEDE la VERIFICA PERIODICA delle seguenti attrezzature a pressione :

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE (se trattasi di altra tipologia specificare in dettaglio) :

TIPO ATTREZZATURA

GV - GENERATORE DI VAPORE
RV - RECIPIENTE DI VAPORE
RG - RECIPIENTE DI GAS
GPL - SERBATOIO GPL
TU - TUBAZIONE

TIPO VERIFICA

V F - VERIFICA DI FUNZIONAMENTO
V I - VISITA INTERNA
V D - VERIFICA DI INTEGRITA' DECENNALE

MATRICOLA TIPO TIPO COMUNE di installazione
ex ANCC o ISPEL ATTREZZATURA VERIFICA Loc. - Via / P.zza c/o ditta

MATRICOLA ex ANCC o ISPEL	TIPO ATTREZZATURA	TIPO VERIFICA	COMUNE di installazione Loc. - Via / P.zza c/o ditta

DATA _____

TIMBRO
della
DITTA

FIRMA