

Spett.le

Azienda USL 7 di Siena
Unità Funzionale Impiantistica
Strada del Ruffolo
53100 Siena

RICHIESTA DI VERIFICA DI ATTREZZATURE IN PRESSIONE

(Art. 71 comma 11 ed allegato VII del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, D.M. 1° dicembre 2004, n. 329)

IL SOTTOSCRITTO _____ IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA DITTA _____ P.IVA _____
CON SEDE LEGALE NEL COMUNE DI _____ CAP _____
LOC./VIA/PIAZZA _____
REFERENTE SIG. _____ TEL _____

CHIEDE LA VERIFICA: **PERIODICA** **STRAORDINARIA (1)**

DELLE SEGUENTI ATTREZZATURE IN PRESSIONE

(N.B.: compilare una colonna per ogni attrezzatura e inserire tutti i dati richiesti nel seguente prospetto o allegare analogo tabella)

NUMERO MATRICOLA (assegnato da ANCC o ISPEL o INAIL)			
COSTRUTTORE			
NUMERO FABBRICA			
TIPO (2)			
FLUIDO CONTENUTO			
VERIFICA RICHIESTA (3)			
TIPO E DATA ULTIMA VERIFICA			
L'apparecchio è ubicato nel comune di			
Fraz./Loc. Via/Piazza			

Note:

- (1) allegare in altro foglio la motivazione per la quale si richiede la verifica straordinaria
- (2) generatore di vapore, recipiente di vapore, recipiente gas
- (3) visita interna, prova di funzionamento, verifica di integrità

All'atto della verifica sarà resa disponibile la seguente documentazione (barrare le caselle che interessano)

- Libretto matricolare rilasciato dall'ANCC o dall'ISPEL
- Verbali delle verifiche periodiche eseguite da ASL/ARPA
- Manuale di installazione, uso e manutenzione
- Registro di controllo
- _____

DATA _____

(Timbro della Ditta e firma del Legale Rappresentante)