

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,

- Datore di Lavoro
 Delegato dal Datore di Lavoro (1)

*Il sottoscritto _____
*della Azienda/Ente (2) _____ *P.I. o C.F. _____
*con Sede Legale in (3) _____ *Via _____
Cell _____ Tel _____ e-mail _____
Fax _____ PEC _____

*In qualità di Proprietario
 Utilizzatore (4) delle attrezzature meglio di seguito specificate;

*Dati Proprietario (4)
Ragione Sociale _____ con sede in _____
CAP _____ via _____ P.I. o C.F. _____

CHIEDE A CODESTA ASL L'EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA PERIODICA, ENTRO 30gg dalla data della richiesta sotto indicata (DM 11 aprile 2011 all. 2 comma 5.2.1), DA ESEGUIRSI PRESSO:**

La propria Sede Legale Unità Operativa/Cantiere sita/o in: _____
 L'officina: _____
*Contattando il Sig.: _____ tel. _____ fax _____
Cell. _____ E-mail/P.E.C. _____

PER I SEGUENTI APPARECCHI:

*Gruppo (5)	Marca	Modello	Matricola			Numero di Fabbrica	*Data richiesta	*Data scadenza
			*Sigla Provincia	*N° matricola	*Anno			

il cui elenco continua in allegato alla presente

****Al corrente che le verifiche sono a titolo oneroso con tariffe stabilite dalla Regione Abruzzo, si comunica che la fattura va inoltrata:**

- Se stessa, all'indirizzo della sede legale sopra indicato.
 Presso il seguente indirizzo:

Intestazione _____ Località _____

CAP _____ via _____

Data: _____

In fede
(Timbro della Ditta)

* Il campo è obbligatorio
** È obbligatoria la scelta di una opzione
(1) Allegare copia delega del DdL avente i requisiti dell'art. 16 D.Lgs 81/08
(2) Specificare la corretta Ragione Sociale
(3) Specificare il Comune e Frazione
(4) Specificare i Dati del Proprietario se il richiedente è solo utilizzatore
(5) Specificare il gruppo di appartenenza degli apparecchi classificandoli come da tabella:
SC SOLLEVAMENTO MATERIALE
SP SOLLEVAMENTO PERSONE
GVR GAS - VAPORE - RISCALDAMENTO