

**ASL 1 AVEZZANO – SULMONA – L'AQUILA**  
U.O.S.D. Verifiche Impiantistiche  
Via G. Bellisari, 2  
67100 – L'Aquila

**OGGETTO:** Richiesta di Omologazione ai sensi dell'art. 5 comma 4 del DPR 462/01

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di **DATORE DI LAVORO**  
della Ditta \_\_\_\_\_  
con sede sociale nel comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via (Località) \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'OMOLOGAZIONE DELL'IMPIANTO ELETTRICO  
IN LUOGHI CON PERICOLO DI ESPLOSIONE**

Ubicato nel comune di \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Via (Località) \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE TIPOLOGIA IMPIANTO**

DATA:

TIMBRO E FIRMA