

Spett/le AUSL di Parma

D.S.P. Servizio U.O.I.A

Via Vasari 13/A

43126 Parma

n Fax 0521290041

OGGETTO: Comunicazione ai sensi dell' Art. 7 D.M. 01-12-2004 n° 329.

Il Sottoscritto _____ in qualità di
Titolare/ Legale Rappresentante
della Ditta _____
con Sede Legale in _____ Via _____
Telefono N. _____ Partita Iva _____

COMUNICA

La demolizione della/e seguente/i attrezzatura/e a pressione(*)
(**) _____

L'inattività' temporanea della/e seguente/i attrezzatura/e a
pressione _____

La vendita della/e seguente/i attrezzatura/e a
pressione(*) _____

(*) Le su elencate attrezzature erano installate presso lo stabilimento
di _____ Via _____

(**) A tale proposito si provvede a consegnare in allegato i libretti matricolari delle visite
e delle prove e le targhe matricolari delle stesse.

Data

Firma e timbro Dichiarante
