

CARTA INTESTATA DELLA DITTA/IMPRESA
CHE UTILIZZA L'APPARECCHIO.

Spett/le AUSL di Parma
D.S.P. Servizio U.O.I.A
Via Vasari 13/A
43126 Parma
n Fax 0521290041

Oggetto: verifiche periodiche biennali di ascensori e montacarichi ai sensi dell'art. 13 del DPR 162/99.

Il sottoscritto, in qualità di proprietario/rappresentante legale/amministratore con sede in via città.....P.IVA/C.F., tel/fax....., incarica l'ente in indirizzo di effettuare le verifiche di cui all'oggetto del/degli ascensore/i sottoelencati:

Matricola Ascensore	Ubicazione (via, Comune)	Tipologia stabile (condominio/altro)	Dati ditta manutenzione

Tale incarico ha durata biennale decorrente dalla data della Vs comunicazione di accettazione dell'incarico stesso. IL sottoscritto si impegna a far pervenire richiesta di verifica almeno tre mesi prima della scadenza come pure eventuale disdetta di tale incarico.

Data,.....

Il proprietario/legale rappresentante
.....