

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
Fax: 0521290041
uoia@ausl.pr.it
uoia@pec.ausl.pr.it

OGGETTO: RICHIESTA VERIFICA PERIODICA APPARECCHI A PRESSIONE

Il sottoscritto nato a il.....
titolare/legale rappresentante della ditta.....
con sede legale in via..... n.....

CHIEDE LA VERIFICA PERIODICA

prevista dall'art. 71 co. 11 del D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 della seguente attrezzatura di lavoro:

Luogo installazione	Matr. ISPEL	tipo	costruttore	Nr di fabbrica	Anno costruzione

All'atto della verifica sarà resa disponibile almeno la seguente documentazione (laddove applicabile):

- libretto delle verifiche ANCC-ISPEL (in originale- copia conforme), ovvero per le attrezzature di lavoro provviste di marcatura CE (PED), ai sensi del D.Lgs 93/2000, copia della dichiarazione di conformità; Dichiarazione di messa in servizio
- verbali di verifiche periodiche precedenti;
- manuale uso;
- registro di controllo o registrazione come da manuale degli interventi di controllo previsti dal costruttore;
- dichiarazione di cui all'Art 71 c 9 D.lgs 81/08 dei controlli effettuati o secondo le indicazioni del costruttore o secondo le norme di buona tecnica
- copia rapporti di prova delle eventuali prove non distruttive eseguite in occasione delle verifiche d'integrità o a seguito di richieste di approfondimenti tecnici

Nota informativa: la richiesta va inoltrata almeno 60 giorni prima della scadenza dei termini di verifica. Per le eventuali richieste pervenute oltre la data di scadenza, il Servizio procederà ad effettuare gli accertamenti previsti dalla legislazione vigente per la valutazione dei provvedimenti che si dovessero rendere necessari.

Si resta in attesa dell'intervento sul luogo d'installazione di un Vs funzionario per l'effettuazione della verifica di Vs competenza, precisando che in tale occasione sarà messo a disposizione il personale occorrente per l'esecuzione della verifica stessa, inoltre, si dichiara di essere a conoscenza che le verifiche periodiche sono onerose e di accettare le tariffe applicate dall'Ausl di Parma e di avere preso visione della nota informativa del presente modulo

Persona da contattare: _____ tel _____

Data.....

(Timbro e firma)
Il legale rappresentante della Ditta

.....