

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: RICHIESTA VERIFICA PERIODICA APPARECCHI A PRESSIONE NON
RIENTRANTI NELLA DISCIPLINA DELL'ALLEGATO VII DEL D.Lgs 81/08 E smi**

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

CHIEDE LA VERIFICA PERIODICA

Ai SENSI DELL'Art. 8 del Dm 329/04 dei seguenti apparecchi/insiemi

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

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

- libretto delle verifiche ANCC-ISPEL (in originale- copia conforme), ovvero per gli apparecchi provvisti di marcatura CE (PED), ai sensi del D.Lgs 93/2000, copia della dichiarazione di conformità;
- verbali di verifiche periodiche precedenti;
- manuale uso;
- registro di controllo o registrazione come da manuale degli interventi di controllo previsti dal costruttore;
- copia rapporti di prova delle eventuali prove non distruttive eseguite in occasione delle verifiche d'integrità o a seguito di richieste di approfondimenti tecnici

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.

Persona da contattare: _____ tel _____

Data.....

(Timbro e firma)
Il legale rappresentante della Ditta

.....