

All' Azienda USL di .....  
 Dipartimento di Sanità Pubblica  
 Servizio Impiantistico Antinfortunistico  
 Via .....

**OGGETTO: RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA ai sensi dell'art. 71 comma 11 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e del D.M. 11 aprile 2011,**

\*Il sottoscritto \_\_\_\_\_  Datore di Lavoro  
 Delegato dal Datore di Lavoro (1)

\*della Azienda/Ente (2) \_\_\_\_\_ \*P.I. o C.F. \_\_\_\_\_

\*con Sede Legale in (3) \_\_\_\_\_ \*Via \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

\*In qualità di  Proprietario  
 Utilizzatore (4) delle attrezzature meglio specificate di seguito;

\*Dati Proprietario (4)  
 Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ P.I. o C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE A CODESTA Az.USL L'EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA PERIODICA, ENTRO 30gg dalla data della richiesta sotto indicata (DM 11 aprile 2011 all. 2 comma 5.2.1), DA ESEGUIRSI PRESSO\*\*:**

La propria Sede Legale  Unità Operativa/Cantiere sita/o in: \_\_\_\_\_

L'officina: \_\_\_\_\_

\*Contattando il Sig.: \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E-mail/P.E.C. \_\_\_\_\_

**PER I SEGUENTI APPARECCHI:**

| *Gruppo<br>(5) | Marca | Modello | Matricola           |               |       | Numero di<br>Fabbrica | *Data<br>richiesta | *Data<br>scadenza |
|----------------|-------|---------|---------------------|---------------|-------|-----------------------|--------------------|-------------------|
|                |       |         | *Sigla<br>Provincia | *N° matricola | *Anno |                       |                    |                   |
|                |       |         |                     |               |       |                       |                    |                   |
|                |       |         |                     |               |       |                       |                    |                   |
|                |       |         |                     |               |       |                       |                    |                   |
|                |       |         |                     |               |       |                       |                    |                   |
|                |       |         |                     |               |       |                       |                    |                   |

il cui l'elenco continua in allegato alla presente

**\*IL NOMINATIVO DEL SOGGETTO ABILITATO INDIVIDUATO, AI SENSI DELL'ART. 2 COMMA 2 D.M. 11/4/2011 È:**

\*Al corrente che le verifiche sono a titolo oneroso con tariffe stabilite dalla Regione Emilia Romagna, si comunica che la fattura va inoltrata:

Se stessa, all'indirizzo della sede legale sopra indicato.

Presso il seguente indirizzo:

Intestazione \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

In fede  
(Timbro della Ditta)

Data: \_\_\_\_\_

- \* Il campo è obbligatorio
- \*\* È obbligatoria la scelta di una opzione
- (1) Allegare copia delega del DdL avente i requisiti dell'art. 16 D.Lgs 81/08
- (2) Specificare la corretta Ragione Sociale
- (3) Specificare il Comune e Frazione
- (4) Specificare i Dati del Proprietario se il richiedente è **solo** utilizzatore
- (5) Specificare il gruppo di appartenenza degli apparecchi classificandoli come da tabella:
- SC SOLLEVAMENTO MATERIALE
- SP SOLLEVAMENTO PERSONE
- GVR GAS - VAPORE - RISCALDAMENTO