

MARCA
DA BOLLO

**MODELLO DI RICHIESTA PRIMA VERIFICA PERIODICA
SCALE AEREE AD INCLINAZIONE VARIABILE**

Spett.le INAIL
Settore Ricerca, Certificazione e Verifica
Dipartimento Territoriale FIRENZE
Via delle Porte Nuove, n. 61
50144 FIRENZE (FI)

N.B.: la richiesta di prima verifica periodica non deve essere inoltrata nel caso in cui l'attrezzatura sia già stata sottoposta a verifiche periodiche da parte delle ASL/ARPA.

Il sottoscritto.....nato a..... il.....
residente in..... vian.....
legale rappresentante della ditta¹
codice cliente INAIL
partita IVA..... codice fiscale..... con
sede sociale in.....prov.c.a.p..... via
..... n. tel.
esercente attività di
ai sensi del D.M. 11 aprile 2011 e s.m.i.

RICHIEDE

LA PRIMA VERIFICA PERIODICA DELLA SEGUENTE ATTREZZATURA:

Matricola.

Costruttore:²

- Nazionalità
- Italiana
- Estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

- partita IVA
- codice fiscale
- indirizzo
- numero civico
- CAP
- Comune
- Provincia
- Telefono.....

Descrizione:

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> SCALE AEREE INCLINAZIONE VARIABILE AD AZIONAMENTO MOTORIZZATO |
| <input type="checkbox"/> SCALE AEREE INCLINAZIONE VARIABILE AD AZIONAMENTO MANUALE |

¹ inserire ragione sociale

² inserire ragione sociale

- numero di fabbrica
- data costruzione
- macchina accompagnata da dichiarazione di conformità CE
 - SI
 - NO
- modello
- portata massima in Kg comprese n. persone
- sviluppo massimo in m
- Inclinazione massima
- Inclinazione minima

Messo in servizio /Installato presso

- indirizzo
- numero civico
- CAP
- Comune

NOTE _____

**Indicare nominativo soggetto abilitato:
Ragione Sociale**

SECUR CONTROL GIANNINI srl
 Via Traversa Valdichiana Ovest, n. 22
 53049 Torrita di Siena (SI)
 P.IVA 01326070529
 Tel e fax 0577.686272
 e-mail: info@securcontrol.net

Si allega:

Copia dichiarazione conformità CE

Il Legale Rappresentante

Data.....

.....
(Timbro e firma)