



**MODELLO DI RICHIESTA VERIFICA MESSA IN SERVIZIO
ATTREZZATURE A PRESSIONE (FORNO)**

**Spett.le INAIL ex ISPESL
Settore Ricerca, Certificazione e Verifica
Dipartimento Territoriale di Firenze
Via delle Porte Nuove, 61
50144 FIRENZE**

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 dell'art. 4 del D.M. 1.12.2004, n. 329

RICHIEDE

LA VERIFICA DELLA MESSA IN SERVIZIO DELLA SEGUENTE ATTREZZATURA A PRESSIONE:

Costruttore²:

- Nazionalità
 - Italiana
 - Estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

- Partita IVA
- Codice fiscale
- Indirizzo
- Numero Civico
- CAP
- Comune
- Provincia
- Telefono

¹ inserire ragione sociale

² inserire ragione sociale

DATI TECNICI

CAMERA	PS (bar)	TS (°C)	FLUIDO			V (l)	DN
			Natura	Stato	Gruppo		
				CAPACITA' TOTALE			

Descrizione:

FORNO

- Numero di fabbrica
- Matricola (indicare solo se già immatricolato)
- Apparecchio certificato secondo Direttiva 97/23/CE
 - SI
 - NO
- Producibilità (t/h)
- Superficie

DATI RELATIVI ALLA CERTIFICAZIONE

Certificazione N°	Rilasciata da	Numero O.N.
Tabella di appartenenza All. II PED	PSxV bar x litri PS x DN bar	Categoria di rischio
<input type="checkbox"/> Non facente parte di insieme	<input type="checkbox"/> Facente parte di insieme n.f.	<input type="checkbox"/> Attrezzatura marcata CE <input type="checkbox"/> Attrezzatura non marcata CE ed omologata ISPESL <input type="checkbox"/> Attrezzatura non marcata CE e garantita dalla marcatura CE dell'insieme

Installatore³: _____

- Nazionalità
 - Italiana
 - Estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

- Partita IVA
- Codice fiscale
- Indirizzo
- Numero Civico
- CAP
- Comune
- Provincia
- Telefono

³ inserire ragione sociale

Messo in servizio /Installato presso

indirizzo
numero civico
CAP
Comune
Comunicazione di messa in servizio all'INAIL di
In data.....

NOTE

Allegati:

Data

Il Legale Rappresentante

(timbro e firma)