



MODELLO DI RICHIESTA PRIMA VERIFICA PERIODICA
ATTREZZATURE A PRESSIONE (FORNO)

Spett.le INAIL ex ISPESL
Settore Ricerca, Certificazione e Verifica
Dipartimento Territoriale LIVORNO
Via Grande, n. 129
57123 Livorno (LI)

Il sottoscritto... nato a... il...
residente in... via... n...
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. 2 del D.M. 1.12.2004, n. 329

RICHIEDE

LA PRIMA VERIFICA PERIODICA 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

**Installatore<sup>3</sup>:** \_\_\_\_\_

- Nazionalità
  - Italiana
  - Estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

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

<sup>3</sup> inserire ragione sociale

**Messo in servizio /Installato presso**

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

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**

Allegati:

Data .....

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)