

**MODELLO DI RICHIESTA PRIMA VERIFICA PERIODICA  
ATTREZZATURE A PRESSIONE (TUBAZIONE)**

**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 ditta<sup>1</sup>.....  
codice cliente INAIL .....  
partita IVA ..... codice fiscale .....  
con sede sociale in ..... prov. .... c.a.p. ....  
via ..... n. .... tel. ....  
**esercente attività di** .....  
indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) .....  
ai sensi dell'art 2 del D.M. 01.12.2004, n. 329

**RICHIEDE**

**LA PRIMA VERIFICA PERIODICA DELLA SEGUENTE ATTREZZATURA A PRESSIONE:**

**Costruttore<sup>2</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>1</sup> Inserire ragione sociale

<sup>2</sup> Inserire ragione sociale

### DATI TECNICI

Linea	PS (bar)	TS (°C)	FLUIDO			V (l)	DN
			Natura	Stato	Gruppo		

**Descrizione:**

**TUBAZIONE**

- Numero di fabbrica .....
- Attrezzatura certificata secondo Direttiva 97/23/CE
  - si
  - no
- instabilità del gas (solo per gruppo 1)
  - si
  - no
- Categoria di rischio (da 1 a 3).....

### 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
Non facente parte di insieme	Facente parte dell'insieme n.f. .....	Attrezzatura marcata CE Attrezzatura non marcata CE ed omologata ISPEL 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 .....

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)