



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

Spett.le INAIL ex ISPESL
Settore Ricerca, Certificazione e Verifica
Dipartimento Territoriale di LUCCA
Via Buonamici n. 107

55100 LUCCA (LU)

Il sottoscritto... nato a... il...
residente in... via... n...
legale rappresentante della ditta^1
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:

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

^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 ISPEL <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

**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)