

**MODELLO DI RICHIESTA DI PRIMA VERIFICA PERIODICA
CARRELLI SEMOVENTI A BRACCIO TELESCOPICO**

**Spett.le INAIL
Settore Ricerca, Certificazione e Verifica
Dipartimento Territoriale di TERNI
Via F. Turati, n. 18/20
05190 TERNI (TR)**

N.B.: nel caso di carrello a braccio telescopico attrezzato con accessori/attrezzature intercambiabili per il sollevamento cose e/o persone non è necessario richiedere una verifica per ciascuna funzione, ma è sufficiente la richiesta per il solo carrello a braccio telescopico specificando le eventuali funzioni aggiuntive nell'apposita sezione.

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:

Matricola²

Costruttore:³

- 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 Nel caso di carrelli messi in servizio prima dell'entrata in vigore del D.M. 11 aprile 2011 (23 maggio 2012) la richiesta di prima verifica periodica, da effettuare alla scadenza prevista dalle periodicità di cui all'allegato VII D.Lgs. 81/08 e s.m.i., costituisce adempimento dell'obbligo di comunicazione di messa in servizio/immatricolazione

3 inserire ragione sociale

Descrizione:

<input type="checkbox"/> carrello a braccio telescopico / sollevatore telescopico fisso
<input type="checkbox"/> carrello a braccio telescopico / sollevatore telescopico rotativo

- numero di fabbrica
- data costruzione
- macchina accompagnata da dichiarazione di conformità CE
 - SI
 - NO
- Modello
- Portata massima in kg.....

Eventuali informazioni aggiuntive⁴:

- sollevamento cose⁵
- sollevamento persone⁶

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

Copia attestazione di conformità ai requisiti di sicurezza di cui all'allegato V del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.⁷

Il Legale Rappresentante

Data.....

.....
(Timbro e firma)

4 Si intendono le funzioni conferite da accessori e/o attrezzature intercambiabili effettivamente nella disponibilità del datore di lavoro al momento della comunicazione

5 Carrello attrezzato con gancio o altri organi che consentano la libera oscillazione del carico (cfr. punto 3 della circolare 18 del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 23/05/2013).

6 Carrello attrezzato con cesto/piattaforma

7 Solo per carrelli costruiti in assenza delle specifiche disposizioni legislative e regolamentari di recepimento delle direttive comunitarie di prodotto.