



**MODELLO DI RICHIESTA DI PRIMA VERIFICA PERIODICA  
PONTI SOSPESI E RELATIVI ARGANI**

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

N.B.: la richiesta di prima verifica periodica non deve essere inoltrata nel caso in cui l'attrezzatura sia già stata sottoposta a verifiche periodiche da parte delle ASL/ARPA o del Ministero del lavoro (per i ponteggi motorizzati). I ponti sospesi motorizzati non marcati CE rimangono soggetti al previgente regime di collaudo, al termine del quale saranno sottoposti al regime delle verifiche periodiche successive da parte di ASL/ARPA.

**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** .....  
ai sensi del D.M. 11 aprile 2011 e s.m.i.

**RICHIEDE**

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

**Matricola** .....

**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.....

**Descrizione:**

<input type="checkbox"/> <b>ponte sospeso motorizzato</b>
<input type="checkbox"/> <b>ponte sospeso ad azionamento manuale</b>

<sup>1</sup> inserire ragione sociale  
<sup>2</sup> Inserire ragione sociale

- numero di fabbrica .....
- data costruzione .....
- macchina accompagnata da dichiarazione di conformità CE
  - SI
  - NO
- modello .....
- portata massima in Kg ..... comprese n. persone .....

**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

Il Legale Rappresentante

Data.....

.....  
(Timbro e firma)