

**MODELLO DI RICHIESTA VERIFICA MESSA IN SERVIZIO
ATTREZZATURE A PRESSIONE (RECIPIENTE)**

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

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
indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)
ai sensi dell'art. 4 del D.M. 01.12.2004, n. 329

RICHIEDE

LA VERIFICA DI MESSA IN ESERCIZIO 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		
Capacità Totale							

Descrizione:

RECIPIENTE

- Numero di fabbrica
- Matricola (indicare solo se già immatricolato)
- Apparecchio certificato secondo Direttiva 97/23/CE
 - SI
 - NO

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: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

³ inserire ragione sociale

Messo in servizio /Installato presso

- Indirizzo
- Numero civico
- CAP
- Comune

NOTE

Data

Il Legale Rappresentante

(Timbro e Firma)