

Data \_\_\_\_\_



All'A.A.S. N. 2 "Bassa Friulana-Isontina"  
 Dipartimento di Prevenzione  
 S.O.C.P.S.A.L. - Ufficio Impiantistico  
 Via Molin, 21  
 33057 - PALMANOVA (UD)  
 Fax 0432 921812 - 921890

Ai sensi dell'art. 71 comma 11 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e del D.M. 11 aprile 2011, il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, in qualità di Titolare / Datore di lavoro della Ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e P. I.V.A. \_\_\_\_\_, chiede la verifica periodica (successiva alla prima) presso lo stabilimento/cantiere della Ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del/delle seguente/i attrezzature di lavoro:

Tipo di apparecchio (*)	Marca / Modello	Matricola ENPI / ANCC / ISPESL / INAIL	Numero di fabbrica	Data di scadenza della verifica periodica (**)

(\*) Indicare la tipologia di attrezzatura (es. gru a torre, gru su autocarro, piattaforma di lavoro elevabile, idroestrattore, generatore di vapore, recipiente di gas ecc.).

(\*\*) La data effettiva di richiesta della verifica delle su indicate apparecchiature si intende 30 giorni prima dalla data di scadenza indicata.

Referente: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ .

Il Titolare / Datore di lavoro

\_\_\_\_\_

(TIMBRO E FIRMA)