

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)