

(apporre timbro ditta)

A.S.P. 1 AG
U.O.C. Impiantistica e Antinfortunistica
Viale della Vittoria, 321 92100 -
AGRIGENTO

Oggetto: **Richiesta di verifica periodica ai sensi degli art. 4 e 6 del DPR 22/10/2001 n.462:**

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
della Azienda/Ente _____
con sede legale in _____ Via _____ N. _____
localizzazione dell'impianto _____ Via _____ N. _____

CHIEDE LA VERIFICA PERIODICA DEI SEGUENTI IMPIANTI:

IMPIANTO DI TERRA	matr. USL/ISPESL : _____
DISPOSITIVO DI PROTEZIONE DALLE SCARICHE ATMOSFERICHE	matr. USL/ISPESL : _____
IMPIANTO ELETTRICO IN LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE	matr. USL : _____

Gli impianti di cui sopra devono essere verificati con periodicità _____ biennale

In quanto installati in:

CANTIERE

LOCALE ADIBITO AD USO MEDICO

AMBIENTE A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO _____

(specificare quale)

Gli impianti di cui sopra devono essere verificati con periodicità _____ quinquennale

In quanto installati in:

AMBIENTE ORDINARIO _____

(specificare quale)

IMPIANTO ALIMENTATO IN BASSA TENSIONE (230-400V)

IMPIANTO ALIMENTATO CON CABINA DI TRASFORMAZIONE (.....V)

POTENZA INSTALLATA _____ KW

Tale impegno si intende tacitamente rinnovato da ambedue i contraenti se non espressamente disdetto, da una delle due parti, almeno 120 giorni prima della data di scadenza della verifica successiva.

Per l'esecuzione delle verifiche si invita a contattare il Sig. _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Consapevole che le verifiche sono a titolo oneroso con tariffe stabilite dalla Regione Sicilia, si confermano i dati fiscali dell'Azienda Sanitaria Provinciale - Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

C.F. P.IVA 01938330840.

Data

Firma