



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

**Spett.le INAIL
Unità Operativa Territoriale di**

Il sottoscritto..... nato a..... il.....
residente in..... vian.....
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 SERVIZIO DELLA SEGUENTE ATTREZZATURA A PRESSIONE:

Costruttore:²

- 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:

GENERATORE DI VAPORE/ACQUA SURRISCALDATA

- Numero di fabbrica
- Matricola (indicare solo se già immatricolato).....
- Apparecchio certificato secondo Direttiva 97/23/CE Si No
- Data esame progetto
- Numero approvazione progetto.....
- Producibilità (t/h)
- Superficie (mq)

DATI RELATIVI ALLA CERTIFICAZIONE

Certificazione N°	rilasciata da	Numero O. N.
Tabella di appartenenza - All. II PED	PS x V bar x litri PS x DN bar	Categoria di rischio
Non facente parte di insieme	Facente parte dell'insieme n.f.:	<input type="checkbox"/> attrezzatura marcata CE <input type="checkbox"/> attrezzatura non marcata CE ed omologata ISPEL; <input type="checkbox"/> attrezzatura non marcate 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

³ inserire ragione sociale

- CAP
- Comune
- Provincia
- Telefono

Messo in servizio /Installato presso:

- Indirizzo.....
- Numero civico
- CAP
- Comune
- Comunicazione di messa in servizio all'INAIL di
in data:

NOTE _____

Allegati:

.....
.....
.....
.....

Il Legale Rappresentante

Data.....

.....
(Timbro e firma)