



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

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

---

Il sottoscritto..... nato a..... il.....  
residente in..... via .....n.....  
legale rappresentante della ditta<sup>1</sup> .....  
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:**<sup>2</sup> .....

- Nazionalità:  italiana  estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

- Partita IVA .....
- Codice fiscale.....
- Indirizzo .....
- Numero civico .....
- CAP .....
- Comune .....
- Provincia .....
- Telefono .....

---

<sup>1</sup> inserire ragione sociale

<sup>2</sup> inserire ragione sociale

### DATI TECNICI

Linea	PS (bar)	TS (°C)	Fluido			V (l)	DN
			Natura	Stato	Gruppo		

**Descrizione:**

*TUBAZIONE*

- Numero di fabbrica/linea .....
- Attrezzatura certificata secondo Direttiva 97/23/CE  Si  No
- Instabilità del gas (solo per gruppo 1)  Si  No
- Categoria di rischio (da 1 a 3) .....

### 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 marcata CE e garantita dalla marcatura CE dell'insieme.

**Installatore:**<sup>3</sup> .....

- Nazionalità:  italiana  estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

- Partita IVA .....
- Codice fiscale.....
- Indirizzo.....
- Numero civico .....
- CAP .....
- Comune .....
- Provincia .....
- Telefono .....

<sup>3</sup> inserire ragione sociale

**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)