Marca da bollo

MODELLO DI RICHIESTA DI PRIMA VERIFICA PERIODICA

PONTI SOSPESI E RELATIVI ARGANI

Spett.le INAIL
Settore Ricerca, Certificazione e Verifica
Dipartimento Territoriale di _____

N.B.: la richiesta di prima verifica periodica non deve essere inoltrata nel caso in cui l'attrezzatura sia già stata sottoposta a verifiche periodiche da parte delle ASL/ARPA o del Ministero del lavoro (per i ponteggi motorizzati). I ponti sospesi motorizzati non marcati CE rimangono soggetti al previgente regime di collaudo, al termine del quale saranno sottoposti al regime delle verifiche periodiche successive da parte di ASL/ARPA.

Il sottoscritto……nato a……..…… il……..
residente in…….…….. via ……..n……
legale rappresentante della ditta[1] ……..
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 del D.M. 11 aprile 2011 e s.m.i.

RICHIEDE

LA PRIMA VERIFICA PERIODICA DELLA SEGUENTE ATTREZZATURA:

Matricola …….

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

Descrizione:

☐ *ponte sospeso motorizzato*
☐ *ponte sospeso ad azionamento manuale*

- numero di fabbrica ……
- data costruzione ……..……..
- macchina accompagnata da dichiarazione di conformità CE ☐SI ☐NO
- modello ……..
- portata massima in Kg …….. comprese n. persone …….

Messo in servizio /Installato presso

- indirizzo ……..
- numero civico ……..
- CAP ……..
- Comune ……..

NOTE _____

_____

Indicare nominativo soggetto abilitato:

Ragione sociale ……,……

partita IVA/codice fiscale ……,……

Si allega:

☐ Copia dichiarazione conformità CE

Il Legale Rappresentante

Data…….. …….

(Timbro e firma)