

Spett.le **ASSL ORISTANO**

Servizio Prevenzione e Sicurezza
negli Ambienti di Lavoro
Via Carducci n° 35
Tel:0783-317735; fax: 0783-317738
09170 ORISTANO

PEC: *spresal@pec.asloristano.it*

OGGETTO: Richiesta Verifica Periodica Attrezzature / Apparecchi A Pressione

(Art. 71 Comma 11 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. All. VII - D.Lgs. 93/00 - D.Lgs. 329/04)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____; residente nel comune di _____ via _____, n° _____ In qualità di (Titolare; Legale Rappresentante; Referente) della Ditta _____ P. IVA _____ sede legale nel Comune di _____ CAP _____ Via _____ n° _____ telefono _____ fax _____ e-mail: _____; PEC: _____

ai sensi dell'art. 71 comma 11 del D.Lgs. 81/2008 e al D.Lgs. 93/2000 - D.M. 329/04

CHIEDE

LA VERIFICA PERIODICA DELLE SEGUENTI ATTREZZATURE A PRESSIONE

site nello stabilimento nel comune di _____ via _____, n° _____

indicazioni per la compilazione per la compilazione (se trattasi di altra tipologia specificare in dettaglio)

TIPO DI ATTREZZATURA

GV - GENERATORE DI VAPORE
RV - RECIPIENTE DI VAPORE
RG - RECIPIENTE DI GAS
GPL - SERBATOIO GPL
TU - TUBAZIONE

TIPO DI VERIFICA

V F - VERIFICA DI FUNZIONAMENTO
V I - VISITA INTERNA
V D - VERIFICA DI INTEGRITA' DECENNALE

ELENCO DELLE ATTREZZATURE A PRESSIONE SOGGETTE A VERIFICA PERIODICA						
Tipo di attrezzatura*						
Costruttore*						
Matricola * ANCC ISPESL INAIL						
Numero di fabbrica*						
Anno di costruzione*						
Tipo di verifica*						
Marcatura CE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data ultima verifica						

E' RICHIESTA LA VISIONE DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

Libretto ANCC / ISPESL /INAIL, Disegni tecnici, Verifiche precedenti.

Recapiti del referente aziendale: Sig.: _____, Tel.: _____, cell.: _____, e-mail: _____

Timbro della Ditta e Firma del Legale Rappresentante

Data _____

**RICLASSIFICAZIONE DI ATTREZZATURE ED INSIEMI A PRESSIONE
AI DEL D.M. 01.12.2004 n° 329, art. 1, comma 1, lettera b.**

IDENTIFICAZIONE DELL'ATTREZZATURA/INSIEME A PRESSIONE

Impianto:		Unità:		Attrezzatura/Insieme:	
Tipo:		Costruttore:		Numero Fabbrica:	
Comune:		Località:		Provincia:	
Ditta utilizzatrice:					

PARAMETRI PER LA RICLASSIFICAZIONE DELL'ATTREZZATURA

V :	[Litri] ;	PS:	[Bar]	Ps*V:	[litri*Bar]	TS:	°C
Fluido:				Natura:			

CLASSIFICAZIONE AI SENSI DEL DM 93/2000

Fluido del gruppo:	Categoria attrezzatura/insieme:
--------------------	---------------------------------

CLASSIFICAZIONE AI SENSI DEL DGSL 329/2004

Fluido del gruppo:	Categoria attrezzatura/insieme:
--------------------	---------------------------------

RIQUALIFICAZIONE PERIODICA (Art. 10 D.M. del 01.12.2004 n° 329) - Frequenza ispezioni

Funzionamento:	Anni	Integrità:	Anni
----------------	------	------------	------

ELENCO ACCESSORI

--

STATO DI CONSERVAZIONE ED EFFICIENZA DELL'ATTREZZATURA:

--