Spett.le **ASSL ORISTANO**

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

Oggetto: Richiesta copia conforme documenti

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____; residente nel comune di _____via _____.n° ___, avente titolo ad inoltrare richiesta in qualità di _____ della Ditta _____

CHIEDE

Relativamente all'attrezzatura con n. di matricola _____, N. _____ copia dei seguenti documenti:

☐ libretto dell'apparecchio _____

☐ verbali di verifica periodica/straordinaria _____

☐ altro (specificare) _____

DICHIARA

Che la richiesta è motivata da: _____

_____

☐ che intende ritirare la documentazione c/o gli uffici di Via Carducci, 35 Oristano presentando copia dell'avvenuto pagamento presso il Servizio Pre.S.A.L.

ALLEGA

☐ denuncia c/o la pubblica autorità (facoltativa)

☐ delega del proprietario o della persona avente titolo per rilasciare la delega

☐ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (come da fac-simile allegato) con allegato copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità o di altro documento di riconoscimento in corso di validità

☐ N° _____ marche da bollo da € 16.00 (se dovuta)

☐ ricevuta di pagamento spese di riproduzione pari a € _____

☐ ricevuta di pagamento spese di spedizione pari a € _____ (a richiesta)

Il pagamento delle **spese di riproduzione** può essere effettuato esclusivamente presso l'ufficio Economato sito in via Carducci n° 35 Oristano

Luogo e data

_____

In fede

_____
(firma leggibile)

RISERVATO ALL'UFFICIO

☐ Si dispone l'accoglimento della richiesta

☐ Non si dispone l'accoglimento della richiesta per i seguenti motivi: _____

_____

☐ spese di riproduzione pari a € _____

Addetto all'istruttoria:

Il Direttore del Servizio
Dott.ssa M. Bruna Piras

Data _____

_____

S.C. S.PRE.S.A.L.
Via Carducci 35
09170 Oristano
Tel. 0783 317735
Pec: spresal@pec.asloristano.it

Direttore
Dott.ssa Maria Bruna Piras
E.mail: spresal.or@asloristano.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n.445 "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ n° ____

in qualità di _____

dichiara sotto la propria responsabilità personale quanto segue:

_____

_____

_____

Il sottoscritto _____ è stato reso edotto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi presenti dallo stesso testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Il sottoscritto è stato reso edotto che la presente dichiarazione è considerata fatta a pubblico ufficiale e che ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" le informazioni contenute nella presente dichiarazione saranno utilizzate unicamente per il rilascio della documentazione richiesta.

Data _____ Firma _____

N.B.: Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità o di altro documento di riconoscimento in corso di validità, se la dichiarazione non è resa innanzi al dipendente ASL incaricato a riceverla.

S.C. S.PRE.S.A.L.
Via Carducci 35
09170 Oristano
Tel. 0783 317735
Pec: spresal@pec.asloristano.it

Direttore
Dott.ssa Maria Bruna Piras
E.mail: spresal.or@asloristano.it