



**MODELLO DI RICHIESTA I VERIFICA PERIODICA
ATTREZZATURE A PRESSIONE (GENERATORE)**

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

Il sottoscritto..... nato a..... il.....
residente in..... vian.....
e-mail.....
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
ai sensi del D.M. 11.04.2011.

RICHIEDE

LA PRIMA VERIFICA PERIODICA 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
<input type="checkbox"/> Non facente parte di insieme	<input type="checkbox"/> 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.....

³ inserire ragione sociale

- numero civico
- CAP
- Comune
- Provincia
- Telefono

Messo in servizio /Installato presso:

- Indirizzo
- Numero civico
- CAP
- Comune
- Verifica di messa in servizio in data

NOTE _____

Indicare nominativo soggetto abilitato:

Ragione sociale

Partita IVA/codice fiscale

Allegati:

.....

Il Legale Rappresentante

Data.....

.....
 (Timbro e firma)