

MODULO DI RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA PER ATTREZZATURE A PRESSIONE

Spett.le
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
Dipartimento di Prevenzione
S.S.D. Sicurezza Impiantistica
Via Paolo de Ralli 3 - 34128 TRIESTE
Tel. 040 3997478
pec: asugi@certsanita.fvg.it

Il sottoscritto
 In qualità di Legale rappresentante della Ditta
 PI..... CF.....
 Con sede in Prov..... CAP.....
 Via..... n° tel.....
 Esercente attività

CHIEDE LA VERIFICA PERIODICA DEL SEGUENTE IMPIANTO
 (D.Lvo. 81/2008, D.M. 329/04, D.M. 11/04/2011, D.M. 1/12/1975 con s.m.i.)

Matricola ANCC/ISPESL/INAIL:			
Tipo attrezzatura (RV, RG, GV, IR) (1)	Costruttore	N° fabbrica	Tipo di verifica richiesta (Funzionamento, Interna, Integrità)

(1) **RV**=Recipiente Vapore; **RG**= Recipiente Gas; **GV**= Generatore Vapore;

Ubicazione dell'impianto c/o
 Indirizzo..... Comune
 Prov. CAP
 Nominativo del referente da contattare per fornire l'assistenza in sede di verifica:
 tel.....

Data.....

*Il Legale Rappresentante
(Timbro e firma)*

ESTREMI PER LA FATTURAZIONE	
Intestazione fattura a:	
AZIENDA/CONDOMINIO/PERSONA FISICA:	
Indirizzo:	Civico n.
Città:	(Provincia) CAP:
Codice Fiscale:	Partita Iva:
Mail:	
PEC:	
Telefono:	
Recapito fattura a	
1) intestatario <i>come sopra</i> []	
2) Amministratore condominio:	
Indirizzo:	
3) Altro:	
Codice Univoco Ufficio per Fatturazione elettronica:	
Mail per eventuale invio copia analogica fattura:	
Eventuale numero d'ordine da indicare in fattura:	
Eventuale Cig da indicare in fattura:	
Cig non necessario[]	
Altro:	