

MODULO DI RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA PER ATTREZZATURE A PRESSIONE

Spett.le
A.S.U.G.I.
Dipartimento di Prevenzione
S.S.D. Sicurezza Impiantistica
Via Paolo de Ralli 3 - 34128 TRIESTE
Tel. 040-3997478
Mail: verifiche.periodiche@asugi.sanita.fvg.it
Pec : asugi@certsanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a

In qualità di

P.I.CF.....con Sede a.....

Prov.....CAP.....Via.....

Tel.....Esercente Attività

CHIEDE LA VERIFICA PERIODICA DEI SEGUENTI IMPIANTI (D.M 01/12/1975 – D.M. 329/04 - D.L. 81/2008 – D.M. 1/12/1975 e s.m.i.)

Tipo Attrezzatura (RV, RG,GV) (1)	Matricola	Costruttore	N° Fabbrica	Tipo di Verifica richiesta (Funzionamento, Interna, Integrità)

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

Nominativo del referente da contattare per fornire l'assistenza in sede di verifica:

.....

tel./cell: E-mail :

Data.....

Timbro e firma.....

ESTREMI PER LA FATTURAZIONE E RELATIVO RECAPITO

intestazione

indirizzo civico n.....

città (Prov:) CAP: Tel.:

mail :

PEC :

partita IVA / Codice Fiscale:

eventuali altri dati: CIG:- Codice Univoco/SDI:.....- N d'Ordine:

si chiede l'invio della fattura a: intestatario come sopra altro al seguente recapito:

.....