

## MODULO DI RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA PER IMPIANTI ELETTRICI DI MESSA A TERRA E/O DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

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 .....  
 Legale rappresentante della Ditta.....  
 partita I.V.A.....Codice Fiscale.....  
 con sede in..... prov. .... C.A.P.....  
 via .....n. ....tel.....

### CHIEDE

( D.L.vo 81/01 e D.PR 462/01 con s.m.i.)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La Verifica Periodica                      | <input type="checkbox"/> La Verifica Straordinaria            |
| dei seguenti impianti e/o dispositivi di protezione:                | <input type="checkbox"/> Impianto elettrico di messa a terra  |
| <input type="checkbox"/> Protezione contro le scariche atmosferiche | <input type="checkbox"/> In luoghi con pericolo di esplosione |

Ubicazione dell'impianto c/o: .....  
 via/piazza ..... n. .... comune.....

Riferimento a documentazione esistente (ex mod. B / A / C) n.ro matricola :.....

Dichiarazione di conformità della Ditta .....di data .....

Tipologia dell'ambiente di installazione (*per imp.ti. di messa a terra e protezione scariche atmosferiche*)

- Cantiere    Ambiente ordinario    Locale ad uso medico    A maggior rischio d'incendio

Si dichiara che la documentazione tecnica necessaria per effettuare la verifica (dichiarazione di conformità, suoi allegati obbligato ecc.) sono disponibili presso l'impianto.

*Nominativo da contattare per accordi sulla verifica : Sig.....*  
*telefono.....*

Al fine di semplificare la procedura di richiesta di verifica periodica, la presente richiesta deve intendersi automaticamente rinnovata per le verifiche successive, salvo puntuale e diversa comunicazione da parte del richiedente.

Data.....

*Il Legale Rappresentante  
(Timbro e firma)*

## ESTREMI PER LA FATTURAZIONE

### Intestazione fattura a

AZIENDA/CONDOMINIO/PERSONA FISICA:

Indirizzo:

Città:

(Provincia )

Civico n.

CAP:

Codice Fiscale:

Partita Iva:

Mail:

PEC:

Telefono:

### Recapito fattura a

1) intestatario *come sopra* [ ]

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: