

prot. gen.

prot. sez.



**S.S. Dip. Sicurezza Impiantistica**  
 Via Paolo de Ralli, 3 - 34128 - Trieste  
 pec: [asugi@certsanita.fvg.it](mailto:asugi@certsanita.fvg.it)  
 tel.: 040.399 7478 - fax.: 040.399 7511

## MODULO DI RICHIESTA DI VERIFICA PER IMPIANTI DI RISCALDAMENTO

Il sottoscritto .....  
 in qualità di  proprietario /  amministratore /  altro (precisare) .....

### CHIEDE LA VERIFICA DEL SEGUENTE IMPIANTO (D.M. 1 dicembre 1975)

**Matricola ANCC / ISPESEL / INAIL** .....

Costruttore	N° fabbrica	Tipo di verifica richiesta (funzionamento, interna, integrità)

### ESTREMI PER LA FATTURAZIONE E RELATIVO RECAPITO

la prestazione di verifica dovrà essere fatturata a:  
 intestazione .....

indirizzo ..... civico n. ....  
 città ..... (provincia ..... ) CAP .....

**partita IVA o Codice Fiscale:** .....

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

.....

Ubicazione dell'impianto c/o: .....

via..... n° .....

Comune di ..... (prov. ....) C.A.P. ....

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

Data.....

\_\_\_\_\_

(Timbro e firma)