**Marca da bollo**

# MODELLO DI RICHIESTA I VERIFICA PERIODICA
## INSIEME A PRESSIONE UI (Unità Indivisibile)

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

Il sottoscritto……nato a……...…… il……....
residente in…….…….. via ……..n……
legale rappresentante della ditta[1] ……..
codice cliente INAIL ……
partita IVA……. codice fiscale……...…….…
con sede sociale in..…….…….prov. ….……..……c.a.p…….....
via ……...….... n. …….. tel. ……..……
**esercente attività di** ……..
indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).....
ai sensi dell'art.2 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 ……..

**Descrizione:**

- Insieme a pressione ……..
- Numero di fabbrica ……
- Data costruzione ……

[1] inserire ragione sociale
[2] inserire ragione sociale

**Messo in servizio/Installato presso:**

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

NOTE ……..……..

- Insieme già immatricolato:
  - ☐ Si
  - ☐ No
- Matricola (solo se "SI" nel campo precedente): ……

## DATI RELATIVI ALLA CERTIFICAZIONE

| | | |
|---|---|---|
| Certificazione N°: | Rilasciata da: | Numero O.N.: |
| Tabella di apparte-<br>nenza - All. II PED: | PS x V (bar x litri)<br>PS x DN (bar)<br>dell'attrezzatura più pericolosa: | Categoria di rischio: |

## CARATTERISTICHE TECNICHE DELL'INSIEME

**(dati ricavabili dalla certificazione PED)**

| **Tipologia** | PS (bar) | TS (°C) | | FLUIDO | | | VOLUME (litri) max | DN ( - ) max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MIN | MAX | Natura | Stato | Gruppo | | |
| | | | | | | | | |

## ATTREZZATURE E ACCESSORI COMPONENTI L'INSIEME

| | | Valutazione di conformità | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipologia dell'attrezzatura | NF o matricola | Con marcatura CE | Senza marcatura CE | Attrezzatura omologata ISPESL | Producibilità/superficie/capacità/DN (generatori/forni/recipienti/tubazioni)[3] | PS (bar) | TS(°C) | Fluido |
| 1) | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | |
| 4) | | | | | | | | |

[3] Inserire producibilità e superficie per i generatori di vapore/acqua surriscaldata e forni, capacità per i recipienti e DN per le tubazioni

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5) | | | | | | | | |
| 6) | | | | | | | | |
| 7) | | | | | | | | |
| 8) | | | | | | | | |
| 9) | | | | | | | | |
| 10) | | | | | | | | |

La periodicità con cui effettuare la verifica dell'insieme UI (pari alla minima tra quelle delle attrezzature costituenti l'insieme) è pari ad anni: ……..

**Accessori di sicurezza**: *Valvole di sicurezza, dischi di rottura, ecc*. .....
.....
.....

**Dispositivi di controllo**: *Manometri, termometri, indicatori di livello, ecc*. .....
.....
.....

**Dispositivi di regolazione**: *Pressostati, termostati, ecc.* .....
.....
.....

**Componenti in scorrimento viscoso o a fatica oligociclica**

☐ L'insieme ha componenti soggetti a scorrimento viscoso o a fatica oligociclica, vedere elenco allegato.

NOTE _____
_____

**Indicare nominativo soggetto abilitato**:

Ragione sociale ……
partita IVA/codice fiscale …….

Il Legale Rappresentante

Data……..  ……
(Timbro e firma)