**Marca da bollo**

# MODELLO DI RICHIESTA VERIFICA MESSA IN SERVIZIO
## ATTREZZATURE A PRESSIONE (TUBAZIONE)

**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.4 del D.M. 01.12.2004, n.329,

**RICHIEDE**

**LA VERIFICA DI MESSA IN SERVIZIO 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 ……...

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

## DATI TECNICI

| Linea | PS (bar) | TS (°C) | Fluido | | | V (l) | DN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Natura | Stato | Gruppo | | |
| | | | | | | | |

**Descrizione:**

*TUBAZIONE*

- Numero di fabbrica/linea ……
- Attrezzatura certificata secondo Direttiva 97/23/CE ☐ Si ☐ No
- Instabilità del gas (solo per gruppo 1) ☐ Si ☐ No
- Categoria di rischio (da 1 a 3) ……

## DATI RELATIVI ALLA CERTIFICAZIONE

| Certificazione N° | Rilasciata da: | Numero O. N. |
|---|---|---|
| Tabella di appartenenza - All. II PED | PS x V bar x litri<br>PS x DN bar | Categoria di rischio |
| ☐ Non facente parte di insieme | ☐ Facente parte dell'insieme<br>n.f.: ..... | ☐ attrezzatura marcata CE<br>☐ attrezzatura non marcata CE ed omologata ISPESL;<br>☐ attrezzatura non marcate CE e garantita dalla marcatura CE dell'insieme. |

**Installatore:**[3] …….

- Nazionalità: ☐ italiana ☐ estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

- Partita IVA ……..
- Codice fiscale.....
- Indirizzo…….....
- Numero civico ……...
- CAP …….....
- Comune ……....
- Provincia ……...
- Telefono ……....

[3] inserire ragione sociale

**Messo in servizio /Installato presso:**

- Indirizzo……..
- Numero civico …….
- CAP ……..
- Comune …….....
- Comunicazione di messa in servizio all'INAIL di ……
  in data: …….

NOTE _____

_____

Allegati:

……
……
……
……

Il Legale Rappresentante

Data……..

……
(Timbro e firma)