**Marca da bollo**

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

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

Il sottoscritto……nato a……...…… il…….....
residente in…….…….. via ……..n……....
e-mail.....
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

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

**Descrizione:**

| *RECIPIENTE* |
|---|

- Numero di fabbrica ……
- Matricola (indicare solo se già immatricolato)…….
- Apparecchio certificato secondo Direttiva 97/23/CE: ☐ Si ☐ No

## DATI RELATIVI ALLA CERTIFICAZIONE

| | | |
|---|---|---|
| Certificazione N° | rilasciata da | Numero O. N. |
| Tabella di apparte-nenza - 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 ……....

[3] inserire ragione sociale

- Provincia ……..
- Telefono ……..

**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)