**Marca da bollo**

# MODELLO DI RICHIESTA DI PRIMA VERIFICA PERIODICA

**CARRELLI SEMOVENTI A BRACCIO TELESCOPICO**

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

**N.B.: nel caso di carrello a braccio telescopico attrezzato con accessori/attrezzature intercambiabili per il sollevamento cose e/o persone non è necessario richiedere una verifica per ciascuna funzione, ma è sufficiente la richiesta per il solo carrello a braccio telescopico specificando le eventuali funzioni aggiuntive nell'apposita sezione.**

**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 del D.M. 11 aprile 2011 e s.m.i.

**RICHIEDE**

**LA PRIMA VERIFICA PERIODICA DELLA SEGUENTE ATTREZZATURA**:

**Matricola**[2] …….

☐ **Richiesta immatricolazione**

**Costruttore:**[3] ……..

- Nazionalità: ☐ italiana ☐ estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

- partita IVA ……..
- codice fiscale……..
- indirizzo ……..
- numero civico ……..
- CAP ……..
- Comune ……..

[1] inserire ragione sociale
[2] per i carrelli a braccio telescopico messi in servizio prima dell'entrata in vigore del D.M. 11 aprile 2011 (23 maggio 2012) la richiesta di verifica assolve anche all'obbligo di comunicazione di messa in servizio/immatricolazione e il presente campo non va compilato e va barrata la casella "richiesta immatricolazione"
[3] inserire ragione sociale

- Provincia ……..
- Telefono ……..

**Descrizione:**

| |
|---|
| ☐ *carrello a braccio telescopico / sollevatore telescopico fisso* |
| ☐ *carrello a braccio telescopico / sollevatore telescopico rotativo* |

- numero di fabbrica ……
- data costruzione ……..
- macchina accompagnata da dichiarazione di conformità CE ☐SI ☐NO
- modello ……..
- portata massima in Kg ……..

**Eventuali funzioni aggiuntive**[4]:

sollevamento cose[5] ☐

sollevamento persone[6] ☐

**Messo in servizio /Installato presso**

- indirizzo ……
- numero civico ……
- CAP ……
- Comune ……

NOTE _____

_____

**Indicare nominativo soggetto abilitato**:

Ragione sociale ……,……

partita IVA/codice fiscale ……,…….

Si allega:

☐ Copia dichiarazione conformità CE

☐ Copia attestazione di conformità ai requisiti di sicurezza di cui all'allegato V del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.[7]

Il Legale Rappresentante

Data…….. ……

(Timbro e firma)

[4] Si intendono le funzioni conferite da accessori e/o attrezzature intercambiabili effettivamente nella disponibilità del datore di lavoro al momento della richiesta.

[5] Carrello attrezzato con gancio o altri organi che consentano la libera oscillazione del carico (cfr. punto 3 della circolare 18 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 23/05/2013).

[6] Carrello attrezzato con cesta/piattaforma.

[7] Solo per carrelli costruiti in assenza delle specifiche disposizioni legislative e regolamentari di recepimento delle direttive comunitarie di prodotto.