|  |  |
| --- | --- |
| image002 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO  SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO  U.O. IMPIANTISTICA  22100 Como – Via Castelnuovo 1  Tel. 031/370.453 – Fax 031/370.446  [impiantistica@asl.como.it](mailto:impiantistica@asl.como.it)  [impiantistica@pec.asl.como.it](mailto:impiantistica@pec.asl.como.it) |

Oggetto: **RICHIESTA di VERIFICA PERIODICA di ATTREZZATURE art. 71 comma 11 del D. Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii. allegato VII, e del DM 11 aprile 2011**

Il sottoscritto …………………………………………………………………………………….…..…….. in qualità di

titolare / legale rappresentante dell’impresa / società …………………………………………………………….…

con sede legale nel comune di ……………..…………………………………… C.A.P. ……………………….……

via…………………………………………………… n. …………; telefono/cell. ………………..……………………

fax ……………………………………. e-mail………………………………………………….…………………..……

partita IVA / C.F. …………………………………………………………………………………………………………;

chiede, ai sensi dell'art. 71 comma 11 del D. Lgs. 81/2008 e del relativo allegato VII, la verifica delle seguenti attrezzature, in scadenza e installate nello stabilimento / cantiere / unità produttiva / magazzino siti nel comune di ………………………………………..…… via …………………………………….………… n. …………

Si dichiara che gli apparecchi sono di proprietà della ditta ……………………………….…………..…….……….

sede in ……………………………………………… via ………………………………….………… n. ………………

utilizzati nei seguenti settori di impiego: costruzioni / siderurgico / portuale / estrattivo altro

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia attrezzatura** (carroponte / autogru / gru su camion / gru a bandiera / gru a torre / ponte mobile sviluppabile / idroestrattore / carrelli semoventi, ecc.; generatore di vapore d’acqua / recipienti o insiemi a pressione / tubazioni / generatori di calore / ecc.) | **Matricola**  ENPI / ANCC  ISPESL / INAIL  o  **Numero di Fabbrica del Costruttore** | **Tipologia Verifica Periodica**  (annuale, biennale, triennale; funzionamento, integrità, visita interna,  quinquennale) | **Data scadenza**  **Verifica Periodica**  ASL o ARPA | **ANNO COSTRUZIONE ATTREZZATURA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Per quanto necessario pregasi contattare il sig. …………..…………………telefono / cell. ………………………

In riferimento al D.M. 11 aprile 2011, art. 2 commi 2 e 4, il **Datore di Lavoro** indica il seguente **Soggetto Abilitato** …………………………………………………………………… iscritto nell’elenco pubblicato sul sito web aziendale al link: <http://www.asl.como.it/modulistica.asp>

Luogo e Data …………………………….……….. Timbro e Firma del Datore di Lavoro

Segue richiesta di verifica periodica di attrezzature ditta …………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia attrezzatura** (carroponte / autogru / gru su camion / gru a bandiera / gru a torre / ponte mobile sviluppabile / idroestrattore / carrelli semoventi, ecc.; generatore di vapore d’acqua / recipienti o insiemi a pressione / tubazioni / generatori di calore / ecc.) | **Matricola**  ENPI / ANCC  ISPESL / INAIL  o  **Numero di Fabbrica del Costruttore** | **Tipologia Verifica Periodica**  (annuale, biennale, triennale; funzionamento, integrità, visita interna,  quinquennale) | **Data scadenza**  **Verifica Periodica**  ASL o ARPA | **ANNO COSTRUZIONE ATTREZZATURA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Luogo e Data …………………………….……….. Timbro e Firma del Datore di Lavoro