

(Su carta intestata della ditta)

**Alla ASL 7 CARBONIA**  
 Dipartimento Prevenzione  
 SPRESAL  
 Via Costituente  
 09013 Carbonia

**OGGETTO: RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA DI ATTREZZATURE A PRESSIONE.**  
 (ai sensi dell'art. 71 c. 11 D.Lgs 81/08 all. VII e D.M. 329/04)

Il/la sottoscritto/a ..... Titolare/Legale rappresentante della  
 ditta.....

con sede legale/amm.va in ..... Via/Piazza .....n.....

P. IVA/Codice fiscale.....

CHIEDE ai sensi dell'art. 71 c. 11 D.Lgs 81/08 all. VII e D.M. 329/04 la verifica delle seguenti  
 attrezzature (*indicare tipo di attrezzatura, generatore di vapore/recipiente a pressione*)

.....,

allocata nel comune di ..... via ..... n° .....

n°. fabbrica..... anno di costruzione ....., matricola ISPEL .....

Gruppo fluido ..... Categoria PED..... pressione di bollo.....

Superficie riscaldata (*per i generatori di vapore*) mq.....

Capacità (*per gli apparecchi a pressione*) litri .....

Tipo di verifica richiesta (*barrare le caselle di interesse*)

Periodica                       Straordinaria

Verifica D'integrità                       Visita interna                       Prova di funzionamento

a) si allega alla presente il versamento di € ..... a mezzo.....  
 sulla base degli importi previsti dal Tariffario vigente.

Nominativo e indirizzo del soggetto abilitato individuato, ai sensi dell'art. 2 comma 2 D.M.  
 11/4/2011 (DA INDICARE OBBLIGATORIAMENTE): .....

....., li.....

.....  
 Timbro della ditta  
 Firma del Titolare/Legale Rappresentante

Per eventuali informazioni rivolgersi al Sig. ....

telefono:                      fax:                      e-mail:                      portatile:

**N.B**

il pagamento dovrà essere effettuato mediante versamento su c/c postale n° 16765091 o bonifico bancario  
 codice IBAN IT 41B 01015 43850 00 0070188988

intestato all' Azienda ASL7 CARBONIA Servizio Tesoreria con la causale verifica periodica.....  
 (*indicare matricola apparecchio* )