

Spett. le AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA
U. O. "PREVENZIONE, PROTEZIONE ED IMPIANTISTICA NEI LUOGHI DI LAVORO "
Via Montescaglioso, snc - 75100 Matera (MT)
tel. 0835/253597 fax 0835/253588 – 0835/596278
e-mail sppill@asmbasilicata.it

Oggetto: richiesta di verifica di apparecchi di sollevamento (ai sensi dell'art.71, c.11, del D. Lgs. 81/2008)

Il Sottoscritto, Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ Provincia/Stato _____ il (gg/mm/aaaa) _____
Residente in _____ Numero civico _____
Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____
telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

nella sua qualità di datore di lavoro o suo delegato dell'Impresa _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____
con Sede Legale sita in _____ Numero civico _____
Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____

essendo la ditta operante nel settore: Siderurgico ☐ Costruzioni ☐ Portuale ☐ Estrattivo ☐
Altro ☐ specificare _____

Chiede ai sensi dell'art. 71, comma 11, del D. Lgs. 81/2008 ed all'Allegato VII la verifica periodica dei seguenti apparecchi di sollevamento che sono in scadenza nel corrente anno e che sono installati nello stabilimento sito in:

Indirizzo _____ Numero civico _____
Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Note eventuali: _____

Dati fiscali del proprietario degli apparecchi (se diverso dal datore di lavoro),

Ditta _____ Partita IVA _____
con Sede Legale sita in _____ Numero civico _____
Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____

ELENCO DEGLI APPARECCHI DA SOTTOPORRE A VERIFICA PERIODICA NEL CORRENTE ANNO

	Tipo di Attrezzatura	Data ultima verifica A.S.L. (gg/mm/aaaa)	Numero di fabbrica	Matricola E.N.P.I. o I.S.P.E.S.L.	Portata Massima	Anno di Co-struzione
1						
2						
3						
4						
5						

Qualora codesto Ufficio non provveda direttamente alla verifica, la stessa dovrà essere effettuata dal soggetto abilitato:

Luogo e data: _____

Allega eventuali ulteriori documenti: ☐