

Mittente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Racc. A.R.

*oppure*

Fax 0835253588

(In tal caso è necessario chiedere al numero telefonico 0835253768 la conferma che il fax trasmesso sia correttamente leggibile)

**Spett.le Azienda ASL n. 4**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**U.O. S.P.P.I.L.L.**  
**Via Montescaglioso s.n.**  
**75100 MATERA**

Oggetto: affidamento dell'incarico di verifica periodica biennale dell'ascensore matr. \_\_\_\_\_

di proprietà \_\_\_\_\_

installato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

data ultima verifica \_\_/\_\_/\_\_\_\_ N. fermate \_\_\_\_\_ .

Ditta manutentrice \_\_\_\_\_ ,

con sede in \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_ .

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_, con riferimento a quanto previsto dall'art. 13 del

DPR 30/4/1999 n. 162, in qualità di \_\_\_\_\_,

#### CHIEDE

a codesto Servizio di Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi Lavoro di voler assumere l'incarico per l'effettuazione delle verifiche periodiche dell'ascensore in oggetto.

Il sottoscritto dichiara di essere al corrente che per tale prestazione sarà applicata la tariffa di cui alla Delibera Regionale n. 580 del 2/4/2003 <sup>(1)</sup>, e comunica i dati per la intestazione della relativa fattura:

\_\_\_\_\_  
(Ragione sociale ed indirizzo)

\_\_\_\_\_  
(Partita IVA o Cod. Fiscale)

Resta inteso che l'incarico ha validità fino a formale revoca, che potrà essere esercitata da entrambe le parti entro il termine di sei mesi a far data dalla effettuazione dell'ultima verifica.

In attesa di riscontro per la conferma di accettazione dell'incarico, si porgono distinti saluti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_/\_\_/200\_\_

\_\_\_\_\_  
*firma ed eventuale timbro*

<sup>(1)</sup> Tariffa ascensori: 72 € + 7 € per ogni fermata in più oltre la quinta – IVA esclusa.  
Tariffa montacarichi: 57 € + 6 € per ogni fermata in più oltre la quinta – IVA esclusa.