

**RICHIESTA VERIFICA PERIODICA ATTREZZATURE DI LAVORO**

- Gruppo GVR: Gas, vapore, riscaldamento -

Riservato all'Ufficio

Spett.le

Azienda Sanitaria Provinciale di PALERMO

UOC Impiantistica e Antinfortunistica

UOS Controllo Combustioni

Via M. Stabile, 7 – 90139 - Palermo

Tel 0917032601 – Fax 0917032635

Mail: uoc.sia@asppalermo.org Pec: uoc.sia.pec@asppa.it**OGGETTO: verifica periodica attrezzature di lavoro (gruppo GVR, gas, vapore, impianti di riscaldamento, apparecchi a pressione) ai sensi dell'Art. 71 comma 11 D.Lgs. 81/08.**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

in qualità di (1) _____ della Ditta _____

con sede legale nel comune di _____ via _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____ Partita IVA/C.Fisc. _____

Cod. Univoco Fatturaz. _____ Cod. Ident. Gara (CIG) _____ Codice Unico di Progetto (CUP) _____

chiede a codesta Azienda Sanitaria la verifica periodica delle seguenti attrezzature di lavoro:

N.	Luogo Installazione	Tipo Attrezz. (*)	Numero Matricola	N. Fabbrica	RG/RV		I.R.	G.V./G.L.S./G.R.E./F.O.		Tipo di Verifica (**)	Data Scadenza Verifica
					Pressione (bar)	Volume (L)	Potenzialità Foc. (kW)	Superficie Riscal.(m ²)	Producibilità (t/h)		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

(*) **R.G.** (Recipiente gas) - **R.V.** (Recipiente Vapore) – **I.R.** (Impianti Riscaldamento) – **G.V.** (Generatori di Vapore) - **G.L.S.** (Generatori di Liquidi Surriscaldati) - **G.R.E.** (Generatore a riscaldamento elettrico) - **F. O.** (Forno Oli Minerali) - **V.di S.** (Valvole di Sicurezza)(**) **P** = Periodica; **Str** = Straordinaria; **D** = Demolizione; **I** = Inattività; **S.** = (Sopralluogo) ; **T** = Taratura, **Int** = Integrità, **Fu** = Funzionamento

presso lo stabilimento/cantiere sito nel comune di _____ Prov. _____

via _____ n. _____ referente _____

tel. _____ fax _____ e-mail _____

COMUNICA INOLTRE, ai fini della fatturazione della/le verifica/che che le fatture da emettere in relazione alla disciplina dello split payment sono: soggette split payment; non soggette split payment.**COMUNICA ALTRESI'** (solo nei casi previsti):

- ◆ codice univoco/destinatorio ufficio o PEC ai fini della fatturazione elettronica _____ ;
- ◆ codice identificativo gara CIG _____ ;
- ◆ codice/numero d'ordine _____ ;

Si resta in attesa dell'intervento sul luogo d'installazione di un vs funzionario per l'effettuazione della verifica di vs competenza, precisando che, in tale occasione sarà messo a disposizione, la relativa documentazione tecnica (2), il personale occorrente per l'esecuzione della verifica nonché i carichi necessari a verificare i dispositivi di sicurezza installati sulla macchina. Inoltre si dichiara di essere a conoscenza che le verifiche periodiche sono onerose e delle tariffe applicate da codesta ASP.

Data, _____

Timbro e firma _____

(1) Datore di lavoro, titolare, socio, legale rappresentante, amministratore, etc.

(2) La documentazione tecnica dovrà essere costituita almeno da: - libretto delle verifiche ANCC / ISPESL/INAIL o, per le attrezzature di lavoro provviste di marcatura CE (PED), copia della dichiarazione di conformità con relativa denuncia di messa in servizio; - verbali di verifiche periodiche precedenti; - manuale d'uso; - copia rapporti di prova delle eventuali prove non distruttive eseguite in occasione delle verifiche di integrità o a seguito di richieste di approfondimenti tecnici.