

Spett.le **CERVINO S.r.l.**
 Piazza Nicolò Barabino, 10/5
 16149 Genova
 Tel. 010 646 97 10 - Fax 010 420 69 359
 e-mail: info@cervino.org

OGGETTO: RICHIESTA DI OFFERTA PER VERIFICA AI SENSI DEL D.P.R. 462/01

Il sottoscritto _____
 in qualità di _____
 di (Società/Ente) _____
 con sede in _____ Prov. _____ CAP _____
 indirizzo _____
 P.IVA _____ CF _____
 Tel _____ Fax _____
 e-mail _____ PEC _____
 Codice SDI _____

RICHIESTE

a codesto rispettabile Organismo abilitato ai sensi del D.P.R. 462/01, l'offerta per le seguenti prestazioni:

Verifica periodica (Artt. 4 e 6 D.P.R. 462/01) Verifica straordinaria (Art. 7 D.P.R. 462/01)

DEI SEGUENTI IMPIANTI

<input type="checkbox"/>	Impianto di terra	Potenza disp.	Tensione di alimentazione in ca			N. Cabine di trasf.	Superficie complessiva
		_____ kW	<input type="checkbox"/> fino a 1000 V	<input type="checkbox"/> Oltre 1000 V	<input type="checkbox"/> Oltre 30000V	_____	_____ m ²
<input type="checkbox"/>	Impianto di protezione contro i fulmini (LPS)	N. Strutture	Caratteristiche Captatore			Presenza LPS interno	
		_____	<input type="checkbox"/> Asta N. Aste: _____	<input type="checkbox"/> Gabbia Superficie protetta: _____ m ²		<input type="checkbox"/> Scaricatori (SPD)	<input type="checkbox"/> Zone protette (LPZ)
<input type="checkbox"/>	Impianto elettrico in luogo con pericolo di esplosione	Tipo di sostanza pericolosa	N. e tipo di aree classificate in cui è presente impianto elettrico				Superficie indicativa tot. aree pericolose
		<input type="checkbox"/> Gas/Vapori	<input type="checkbox"/> Zona 0 N. __	<input type="checkbox"/> Zona 1 N. __	<input type="checkbox"/> Zona 2 N. __	_____ m ²	
		<input type="checkbox"/> Polveri	<input type="checkbox"/> Zona 20 N. __	<input type="checkbox"/> Zona 21 N. __	<input type="checkbox"/> Zona 22 N. __		
		<input type="checkbox"/> Esplosivi	<input type="checkbox"/> Zona CO20 N. __	<input type="checkbox"/> Zona CO21 N. __	<input type="checkbox"/> Zona CO22 N. __		

In caso di verifica straordinaria indicare la motivazione della richiesta:

Esito negativo verifica periodica Modifica sostanziale dell'impianto Richiesta del datore di lavoro _____

Attività (dove contrassegnato con * specificare tipologia di attività):

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Ospedale/casa di cura-degenza/ambulatorio/centro estetico* | _____ | <input type="checkbox"/> Ufficio/ attività commerciale* | _____ |
| <input type="checkbox"/> Distributore carburante | _____ | <input type="checkbox"/> Stabilimento industriale* | _____ |
| <input type="checkbox"/> Locale di pubblico spettacolo* | _____ | <input type="checkbox"/> Officina* | _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio* | _____ | <input type="checkbox"/> Magazzino/deposito | _____ |
| <input type="checkbox"/> Albergo/hotel (indicare ricettività n° posti letto) | _____ | <input type="checkbox"/> Altro* | _____ |
| <input type="checkbox"/> Attività agricola/zootecnica | _____ | | |

Ubicazione e altri dati del/degli impianto/i:

Comune _____ Prov. _____ CAP _____
 Indirizzo _____ Tel. _____ Fax _____
 Data scadenza verifica (ai sensi del DPR 462/01): _____
 Persona da contattare: _____ Reperibile al n°: _____ Funzione: _____

Timbro e Firma del Richiedente

Data _____