



Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa

Corso Gelone 17 - 96100 Siracusa - Codice Fiscale/Partita Iva 01661590891

U.O.C. Servizio Impiantistica Antinfortunistica

Via Traversa La Pizzuta ex ONP Padiglione 4 - 96100 Siracusa

Telefono: 0931/484502 - 484556 Fax: 0931/484532

e-mail: sia@asp.sr.it - PEC: sia@pec.asp.sr.it

OGGETTO: RICHIESTA VERIFICA STRAORDINARIA DELL'IMPIANTO (Art. 7 DPR 22 ottobre 2001, n. 462, comma2)

IL SOTTOSCRITTO..... IN QUALITA' DI DATORE DI LAVORO DELLA DITTA
..... CON SEDE SOCIALE IN VIA N.....
TELEFONO.....C.F./P.IVA..... PEC.....

sottoposto agli obblighi del DPR 462/01 (art. 4), per la presenza di personale subordinato,

Richiede la verifica straordinaria :

dell'impianto in oggetto ubicato invia n.....

- DI TERRA (n.....)
- DI PROTEZIONE DALLE SCARICHE ATMOSFERICHE (n.....)
- ELETTRICO IN LUOGO CON PERICOLO D'ESPLOSIONE (n.)

a seguito di:

- modifica sostanziale dell'impianto
- verifica periodica con esito negativo ASP/Organismo Autorizzato del
- altro

A TAL FINE DICHIARA:

che la documentazione tecnica relativa all'impianto in oggetto,

- è disponibile presso il luogo di installazione / già inviata con la dichiarazione di conformità in data
- di essere a conoscenza che la verifica è onerosa ed accettare le condizioni e le tariffe praticate da codesta ASP per l'effettuazione delle verifiche sopraindicate;
- di non aver presentato identica domanda ad organismi individuati dal Ministero delle Attività Produttive.

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

Ulteriori documentazioni relative all'impianto saranno tempestivamente prodotte ove richiesto.

Data

Firma e timbro del datore di lavoro

.....