



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](mailto:sia@asp.sr.it) - PEC: [sia@pec.asp.sr.it](mailto:sia@pec.asp.sr.it)

#### OGGETTO: TRASMISSIONE DELLA DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' PER LA MESSA IN ESERCIZIO DELL'IMPIANTO (Art. 2, comma 2 e art. 5, comma 3, D.P.R. 22 Ottobre 2001 N° 462)

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

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 462/2001 (art. 2.2), per la presenza di personale subordinato, trasmette in allegato alla presente la dichiarazione di conformità relativa all'impianto in oggetto realizzato presso l'insediamento produttivo ubicato in:

Comune: ..... via ..... cap ..... impianto installato dalla ditta ..... con sede in ..... C.F./P.IVA

..... via ..... cap ..... tel .....

ATTIVITA' DELLA DITTA

1 <input type="checkbox"/> CANTIERE, data presumibile chiusura.....	5 <input type="checkbox"/> EDIFICIO SCOLASTICO, persone presenti.....
2 <input type="checkbox"/> OSPEDALE / CASA DI CURA, posti letto.....	6 <input type="checkbox"/> LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO, persone presenti.....
3 <input type="checkbox"/> AMBULATORIO MEDICO	.....
4 <input type="checkbox"/> CENTRO ESTETICO	7 <input type="checkbox"/> ILLUMINAZIONE PUBBLICA
8 <input type="checkbox"/> STABILIMENTO INDUSTRIALE (specificare).....	
9 <input type="checkbox"/> AMBIENTE AGRICOLO (specificare) .....	
10 <input type="checkbox"/> COMMERCIO (specificare) ..... MQ.....	
11 <input type="checkbox"/> TERZIARIO (specificare) .....	
12 <input type="checkbox"/> ALTRE ATTIVITA' (specificare).....	
13 <input type="checkbox"/> LUOGO A MAGGIOR RISCHIO DI INCENDIO (specificare) .....	
14 <input type="checkbox"/> LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE IN CUI SONO PRESENTI, IN LAVORAZIONE E/O IN DEPOSITO, MATERIALI ELENCATI NELLE TAB. A - B DEL D.M. 22/12/58 (specificare).....	

#### DATI IMPIANTO

NUMERO ADDETTI..... POTENZA INSTALLATA ..... KW DISPERSORI N. .... (da indicare se la potenza è maggiore di 25 kw) CABINE DI TRASFORMAZIONE N.....

##### IMPIANTO ELETTRICO ALIMENTATO:

N BASSA TENSIONE  IN MEDIA TENSIONE  DA GRUPPO AUTONOMO DI PRODUZIONE

##### PERIODICITA' PREVISTA PER LA VERIFICA PERIODICA DELL'IMPIANTO (ART 4 DPR 22/10/2001 N° 462)

BIENNALE (Cantiere, Locale ad uso medico, Luogo a maggior rischio d'incendio, Luogo con pericolo di esplosione)

QUINQUENNALE (Ambiente ordinario)

Il sottoscritto dichiara che l'impianto  è soggetto  non è soggetto all'obbligo di progetto redatto da professionista ai sensi del DM 37/2008 e che la documentazione tecnica e gli allegati obbligatori alla dichiarazione di conformità (progetto o schema impianto, relazione con tipologia dei materiali, ecc..) sono  conservati presso il luogo di installazione /  allegati (solo per impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione) (2); ulteriori documentazioni relative all'impianto saranno tempestivamente prodotte ove richiesto. Dichiara inoltre di essere soggetto all'obbligo di far eseguire la regolare manutenzione all'impianto, nonché le visite periodiche, da far effettuare da parte dei soggetti individuati dall'art.4.2 del D.P.R. 462/01.

DATA

IL DATORE DI LAVORO (FIRMA E TIMBRO)

.....