

Spett.le ASL AVELLINO
U.O. C. SPSAL
Via Circumvallazione 77
83100 AVELLINO
Tel 0825 292631-0825 32341

Oggetto : Incarico di verifica periodica ai sensi degli articoli 4 e 6 del DPR 22/10/2001 n° 462

Il sottoscritto _____ In qualità di _____
della Azienda/Ente _____
Con sede legale in _____ Via _____
C.F. _____ P. IVA _____
Localizzazione dell'impianto _____

CHIEDE LA VERIFICA PERIODICA DEI SEGUENTI IMPIANTI

- Impianto di messa a terra matricola _____
- Impianto di protezione contro le scariche atmosferiche matricola _____
- Impianto in luogo con pericolo di esplosione matricola _____

Gli impianti di cui sopra devono essere verificati con periodicità :

- Biennali in quanto installati in:
 - Cantiere
 - Ambiente a maggior rischio in caso di incendio
 - Locali ad uso medico
 - Impianto in luogo con pericolo di esplosione
- Quinquennale

Ulteriori precisazioni :

- Impianto alimentato in bassa tensione
- Impianto alimentato in Media tensione
- Impianto alimentato in Alta tensione

Potenza installata _____ Kw

Altre informazioni: _____

Tale impegno si intende tacitamente rinnovato da ambedue i contraenti se non espressamente disdetto, da una delle due parti, almeno 60 giorni prima della data di scadenza della verifica successiva.

Per l'esecuzione della verifica si prega di contattare il Sig. _____ n° tel _____

Il sottoscritto si dichiara a conoscenza della onerosità delle verifiche a carico dell'utente secondo i tariffari vigenti e pubblicati dalla Regione Campania. Si rimane in attesa di una comunicazione di accettazione dell'incarico da parte dell'Azienda U.S.L. in indirizzo.

_____ li _____

in fede

(timbro e firma della Ditta)