

Spett.le
ASL 1 Avezzano – Sulmona – L'Aquila
Servizio di Prevenzione e Sicurezza
Negli Ambienti di Lavoro
Via G. Bellisari, 2
67100 – L'Aquila (AQ)

RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA GRUPPO GVR (gas, vapore, riscaldamento)
(art. 71 comma 11 ed allegato VII del D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e DM 11 aprile 2011)

Il sottoscritto in qualità di
(nome e cognome) (titolare/legale rappresentante)
della ditta P.Iva CF
(ragione sociale) (numero PI) (codice fiscale)
con sede legale in
(comune, frazione)
via n. CAP Provincia
(indirizzo) (n. civico) (c.a.p.) (sigla)

CHIEDE

- la verifica funzionamento
- la verifica interna
- la verifica di integrità

delle attrezzature a pressione indicate in allegato, installate presso il cantiere/stabilimento:

..... della ditta
(nome) (ditta utilizzatrice)
con sede legale in
(comune, frazione)
via n. CAP Provincia
(indirizzo) (n. civico) (c.a.p.) (sigla)

Referente per l'effettuazione della verifica			
Sig.	tel.	cell.	
e-mail	pec		

Data

Timbro e Firma

DATI TECNICI

Tipologia (1)	Matricola (2)	Numero Fabbrica	Fabbricante	Anno	Volume (litri)	Certificazione Direttiva 97/23/CE		PS (bar)	TS (°C)	Fluido		
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			Natura	Stato	Gruppo
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					

(N.B. compilare una riga per ogni apparecchio/insieme)

(1) Generatore di Vapore(GV), Recipiente di vapor d'acqua o di gas(RP), Insieme a pressione(I), Generatore di Calore(IMP.RISC), Tubazione(T)
 (2) ANCC, INAIL ,ISPESL

Data _____

timbro e firma
