

Spett.le **ATS Sardegna ASSL LANUSEI**
Servizio Prevenzione e Sicurezza
Ambienti di Lavoro
via Piscinas, 5
08045 LANUSEI (OG)
E-mail: spresal.lanusei@atssardegna.it
Fax. 0782.628464

RICHIESTA VERIFICA PERIODICA APPARECCHI DI SOLLEVAMENTO (Mod. SC/SP)
(art. 71 comma 11 e All. VII - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/_____, residente nel comune di _____ via _____ n° _____
In qualità di (Titolare; Legale Rappresentante; Referente) della Ditta _____
P. IVA _____ sede legale nel Comune di _____ CAP _____
via _____ n° _____ telefono _____ fax _____
e-mail: _____; PEC: _____

CHIEDE LA VERIFICA

☐ **PERIODICA** ☐ **PRIMA VERIFICA PERIODICA** ☐ **STRAORDINARIA**

del/ dei seguente apparecchi di sollevamento:

(N.B.: compilare una riga per ogni singolo apparecchio inserendo correttamente tutti i dati richiesti e riportati nella tabella sottostante)

N° Matricola Enpi / ISPESL / INAIL	Costruttore	N. Fabb.	Anno cost.ne	Tipo ¹ e Modello	Portata Max [kg]	Data scadenza verifica	Settore di impiego ²	Periodicità All. VII D.Lgs. 81/2008	Tipo di verifica ³	Marcatura CE
										SI NO ☐ ☐
										SI NO ☐ ☐
										SI NO ☐ ☐
										SI NO ☐ ☐

Ubicati presso..... in Via
nel comune di Prov. (.....)

Recapiti del referente aziendale: Sig.: _____, Tel.: _____,
cell.: _____, e-mail: _____

Nominativo e indirizzo del soggetto abilitato individuato, ai sensi dell'art. 2 comma 2 D.M. 11/4/2011 _____

(Timbro della Ditta e Firma del Legale Rappresentante)

Data _____

1 Indicare se è un ponte sviluppabile,, ascensore, scala aerea, gru a torre, ecc.

2 Costruzioni, Siderurgico, Portuale, Estrattivo, Altro.

3 Annuale, Biennale, Triennale