

MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ
DPR 22/10/2001 N. 462
PER NUOVO IMPIANTO A CURA DEL DATORE DI LAVORO

SOTTOPOSTO AGLI OBBLIGHI DEL DLgs 81/08 IN PRESENZA DI LAVORATORI SUBORDINATI Art. 86 e 296

Il sottoscritto in qualità di della

Sede in VIA, - CAP - (.....) - Tel.

.....

invia DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ' della Ditta Installatrice con sede in

..... (.....), Via, N°, Tel.

Allegati obbligatori conservati presso Ditta utente.

- Messa a terra
- Protezione contro le scariche atmosferiche
- Luoghi con pericolo di esplosione

UBICAZIONE E TIPO DI IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:

Città:, VIA, cap. Tel.

TIPO DI IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:

- CANTIERE
- OSPEDALE E CASE DI CURA
- AMBULATORIO MEDICO
- AMBULATORIO VETERINARIO
- CENTRO ESTETICO
- EDIFICIO SCOLASTICO
- LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
- STABILIMENTO INDUSTRIALE - Tipo attività
- ATTIVITÀ AGRICOLA
- ATTIVITÀ COMMERCIALE
- ILLUMINAZIONE PUBBLICA
- IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO Tipo di attività
- TERZIARIO Tipo di attività
- ALTRO: SPECIFICARE ATTIVITÀ: .

Numero degli addetti _____

Verifica impianto protezione contro i fulmini			
a) Parafulmini ad asta	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	n _____
b) Parafulmini a gabbia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	n _____
	N. 1 superficie protetta _____	m ²	
	N. 2 superficie _____	m ²	
c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali chiede la verifica dell'impianto di protezione			
	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	n _____
d) Capannoni metallici per i quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione			
	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	n _____
e) Per cantieri edili indicare il numero di strutture metalliche per le quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione dai fulmini n _____			

N.B. Barrare le caselle che interessano

Scrivere possibilmente in stampatello

TIPO DI ALIMENTAZIONE	
<input type="checkbox"/>	Dalla rete B.T. _____
<input type="checkbox"/>	Media tensione _____
<input type="checkbox"/>	Alta tensione _____
<input type="checkbox"/>	Impianto di produzione autonoma _____
Potenza installata kW _____	
N. Cabine di trasformazione _____	
N. Dispensori __1_____	

Firma e timbro del datore di lavoro
