

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 DPR 547/55 IN PRESENZA DI LAVORATORI SUBORDINATI Art. 3.

Il sottoscritto in qualità di.....

della DITTA..... Sede Sociale in

Via..... n°..... Cap. Tel.
e-mail

invia DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ della Ditta Installatrice

con sede Via Tel.
e-mail

Allegati obbligatori conservati presso Ditta utente.

- Messa a terra
- Protezione contro le scariche atmosferiche (Art. 38-39 DPR 547/55 - DPR 689/59)

Ubicazione dell'impianto:

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 TIPO DI 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° _____
N1 superficie protetta _____ m ² _____			
N2 superficie _____ m ² _____			
c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali si 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 i quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione dai fulmini			
			n° _____

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

Firma e timbro del datore di lavoro