

MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'

D.P.R. 22/10/2001 N° 462

PER NUOVO IMPIANTO A CURA DEL DATORE DI LAVORO

Sottoposto agli obblighi del D.P.R. 547/55 in presenza di lavoratori subordinati art. 3

Il sottoscritto ⁽¹⁾
in qualità di ⁽²⁾
della DITTA:
Sede sociale in
Via..... n.°
Cap. Tel. ⁽³⁾
E-mail

CELSA UUXE OAT SCPUA CA
XaaO [} AO } [&& @G
GEI I AUU OUPZUSOAT O

INVIA : COPIA DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'

Redatta dalla:

Ditta Installatrice:
con Sede in
Via..... n.°
Cap. Tel. ⁽³⁾
E-mail

Allegati obbligatori conservati presso la Ditta utente:

- Messa a terra**
- ⁽⁴⁾ **Protezione contro le scariche atmosferiche** (Art. 38-39 D.P.R. 547/55 - D.P.R. 689/59)
- Luoghi con pericolo di esplosione**

UBICAZIONE E TIPO DI IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA: ⁽⁵⁾

Città:..... Via n.° Cap. Tel.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CANTIERE: data di chiusura presunta | <input type="checkbox"/> ILLUMINAZIONE PUBBLICA |
| <input type="checkbox"/> OSPEDALE E CASE DI CURA | <input type="checkbox"/> STABILIMENTO INDUSTRIALE: ⁽⁶⁾ |
| <input type="checkbox"/> AMBULATORIO MEDICO | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' AGRICOLA |
| <input type="checkbox"/> AMBULATORIO VETERINARIO | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' COMMERCIALE |
| <input type="checkbox"/> EDIFICIO SCOLASTICO | <input type="checkbox"/> MAGGIOR RISCHIO IN CASO D'INCENDIO: ⁽⁶⁾ |
| <input type="checkbox"/> LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO | <input type="checkbox"/> TERZIARIO: ⁽⁶⁾ |
| <input type="checkbox"/> CENTRO ESTETICO | <input type="checkbox"/> ALTRO: ⁽⁶⁾ |

Indicare il numero degli addetti _____

Verifica impianto protezione contro i fulmini	Verifica impianto elettrico di messa a terra
a) Parafulmini ad asta si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n° _____ ⁽⁷⁾	Potenza contrattuale kW ⁽⁸⁾ _____
b) Parafulmini a gabbia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n° _____ ⁽⁷⁾	Tipo di alimentazione
N1 superficie protetta mq _____ ⁽⁷⁾	<input type="checkbox"/> Dalla rete B.T. _____
N2 superficie. mq _____ ⁽⁷⁾	<input type="checkbox"/> Media tensione _____
c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali chiede la verifica dell'impianto di protezione	<input type="checkbox"/> Alta tensione _____
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n° _____ ⁽⁷⁾	<input type="checkbox"/> Impianto di produzione autonoma
d) Capannoni metallici per i quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione	N° Cabine di trasformazione _____
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n° _____ ⁽⁷⁾	N° Dispersori _____
e) Per cantieri edili indicare il numero di strutture metalliche per le quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione dai fulmini n.° _____ ⁽⁷⁾	

Firma e timbro del datore di lavoro
