|  |
| --- |
|  |
| **Ragione Sociale** |  |
| **Indirizzo** | Comune: n° CAP  |
| **Cod. Fisc. o Part. I.V.A.** |  |
| **Mail/PEC/Tel/Fax** | Mail Pec Tel. Fax |
| **Persona di riferimento** |  | Tel  |  |
| Richiesta verifica periodica dell’impianto ai sensi del D.P.R. 462/01:**□ DI TERRA (N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )**(1)**□ DI PROTEZIONE DALLE SCARICHE ATMOSFERICHE (N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )** (1)**□ ELETTRICO IN LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE (N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )** (1) |
| A TAL FINE DICHIARA: |
| **□ di non aver presentato identica domanda ad organismi individuati dal Ministero delle Attività Produttive.** |
| **che la documentazione tecnica relativa all’impianto in oggetto,** **□ è disponibile presso il luogo di installazione** **oppure****□ si allega alla presente** |
| ALLEGATI A CURA DEL COMMITTENTE |
| * + **dichiarazione di conformità dell’impianto elettrico ex art.7 L. 46/90 o art.7 DM 37/2008, rilasciata dall’istallatore; in alternativa Dichiarazione di Rispondenza ex art. 7 comma 6 DM 37/2008, rilasciata da un professionista iscritto ad un Albo Professionale, in possesso dei requisiti minimi, richiesti al redattore della Di.Ri o, per gli impianti non ricadenti nell’ambito di applicazione delle suddette leggi dichiarazione di conformità alla Regola dell’Arte datata e rilasciata dall’installatore;**
	+ **Elaborati progettuali degli impianti oggetto di verifica (Il progetto dell’impianto è un obbligo di legge. Fanno eccezione solo per alcune tipologie d’impianto con potenza inferiore a 6 kW almeno per quanto attiene agli impianti ricadenti nell’ambito del DM 37/08 o della precedente legge 46/90.**
	+ **Il verbale di omologazione in caso di impianti elettrici e di protezione dalle scariche atmosferiche in ambienti con pericolo di esplosione**
	+ **Copia dei verbali precedenti di verifica periodica o straordinaria.**
 |
| CARATTERISTICHE DELL’IMPIANTO |
| **Indirizzo d’installazione:** |  Comune: Via n°  |
| **Realizzato presso:****□ ambiente ordinario (verifica ogni 5 anni) □ luogo a maggior rischio in caso d’incendio (verifica ogni 2 anni)****□ locale adibito ad uso medico (verifica ogni 2 anni) □ cantiere (verifica ogni 2 anni)** |
| **Potenzatotale****installata in kW** | **Funzionante a V** | **Alimentato da** | **Alimentato da Impiantoalimentato da propria cabina di trasformazione** | **Sistema elettrico** |
|  |  | **□ a. rete di B.T****□ propria cabina alimentata a......kV****□ da impianto autonomo diprotezione** | **SI NO****□ □****Valore della corrente massima di guasto verso terra(A)\_\_\_\_\_\_\_****Tempo di intervento dei dispositivi di protezioneinstallati a monte della cabina utente (s)\_\_\_\_\_\_\_\_** | **□ TT****□ TN****□ IT** |

**(1) Indicare Numero di matricola INAIL o ISPESL**

**INCARICO N. Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Timbro della Ditta e Firma del Legale Rappresentante)**