

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 sì no n°
- b) Parafulmini a gabbia sì no n°
- N1 superficie protetta m²
- N2 superficie m²
- c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione
- sì no n°
- d) Capannoni metallici per i quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione
- sì no 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°

N.B. Barrare le caselle che interessano

Scrivere possibilmente in stampatello

TIPO DI ALIMENTAZIONE

- Dalle rete B.T.
- Media tensione
- Alta tensione
- Imp. di produzione autonoma

Potenza installata kW

N° Cabine di trasformazione

N° Dispensori

Firma e timbro del datore di lavoro