

Spettabile INAIL

UOT di .....

OGGETTO: Comunicazione nominativa organismo incaricato della verifica periodica relativa a:

- IMPIANTO ELETTRICO DI MESSA A TERRA ;
- IMPIANTO DI PROTEZIONE DALLE SCARICHE ATMOSFERICHE ;
- IMPIANTO ELETTRICO IN LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE (se esistono installazioni elettriche in aree classificate come zona 0, 1 e/o 20, 21);

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di Datore di lavoro

della Ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

CF/P.IVA \_\_\_\_\_, sottoposto agli obblighi di cui all'art. 7-bis, comma 2 del DPR 462/2001,

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): \_\_\_\_\_

Comunica che l'organismo **CHECKS S.p.A. - Autorizzato con D.M. del 30 Settembre 2016 P.IVA 04036310235 N° REA 386445** è stato incaricato della

verifica periodica relativa all'impianto in oggetto, matricola \_\_\_\_\_ (se non conosciuto scrivere N.C.) ubicato nel comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Installato dalla Ditta \_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' DELLA DITTA**

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> CANTIERE                                     | 10. <input type="checkbox"/> COMMERCIO (specificare) _____ mq _____                  |
| 2. <input type="checkbox"/> OSPEDALE /CASA DI CURA                       | 11. <input type="checkbox"/> TERZIARIO (specificare) _____                           |
| 3. <input type="checkbox"/> AMBULATORIO MEDICO                           | 12. <input type="checkbox"/> ALTRE ATTIVITA' (specificare) _____                     |
| 4. <input type="checkbox"/> CENTRO ESTETICO                              | 13. <input type="checkbox"/> LUOGO A MAGGIOR RISCHIO DI INCENDIO (specificare) _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> EDIFICIO SCOLASTICO                          | _____  |
| 6. <input type="checkbox"/> LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO                | 14. <input type="checkbox"/> LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE (specificare) _____    |
| 7. <input type="checkbox"/> ILLUMINAZIONE PUBBLICA                       | _____  |
| 8. <input type="checkbox"/> STABILIMENTO INDUSTRIALE (specificare) _____ | _____  |
| 9. <input type="checkbox"/> AMBIENTE AGRICOLO (specificare) _____        | _____  |

**DATI DELL' IMPIANTO**  
**IMPIANTO ELETTRICO**

IN BASSA TENSIONE     IN MEDIA TENSIONE     DA GRUPPO AUTONOMO DI PRODUZIONE

NUMERO ADDETTI \_\_\_\_\_; POTENZA INSTALLATA \_\_\_\_\_ KW; DISPERSORI N° \_\_\_\_\_; CABINE DI TRASFORMAZIONE \_\_\_\_\_;

**IMPIANTO DI PROTEZIONE DALLE SCARICHE ATMOSFERICHE**

PARAFULMINI AD ASTA    SI     NO     N. \_\_\_\_\_

PARAFULMINI A GABBIA    SI     NO     N. \_\_\_\_\_    SUPERFICIE PROTETTA \_\_\_\_\_mq

STRUTTURE, RECIPIENTI E SERBATOI METALLICI    SI     NO     N. \_\_\_\_\_

CAPANNONI METALLICI    SI     NO

STRUTTURE METALLICHE IN CANTIERI EDILI    SI     NO     N. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che la documentazione tecnica e gli allegati obbligatori alla dichiarazione di conformità (la relazione contenente la tipologia dei materiali impiegati, nonché il progetto di cui all'articolo 5 del DM 37/2008), sono conservati presso il luogo di installazione e allega alla presente:

- Copia della dichiarazione di conformità o di rispondenza
- Copia del verbale di omologazione ASL/ARPA (obbligatoria solo per impianti in luoghi con pericolo di esplosione)

data, \_\_\_\_\_

Il Datore di lavoro

.....  
(Timbro e firma)