**(Su carta intestata della ditta)**

**Alla ASL SULCIS IGLESIENTE**

Dipartimento Prevenzione

SPRESAL

Via Costituente snc

09013 Carbonia

# RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA DI APPARECCHIO DEL TIPO MOBILE PER Il SOLLEVAMENTO DELLE PERSONE O DEI MATERIALI

**Il/la sottoscritto/a.…………………………………...…nato/a………………………..…..….……il………….…….**

**residente a ……………………………………...in Via/Viale/Piazza…………………………..……………n.……**

**Titolare/Legale rappresentante della ditta………………………..........................……………………..…con sede legale/amm.va a..……………………………….…...Via/Viale/Piazza……….….…………………… n…..**

**P. IVA/Codice fiscale…………………………………………………………………………………. ………………**

**PEC della ditta e/o Numero univoco ..............................................................................................................**

**CHIEDE**

**la verifica periodica di sicurezza ai sensi di legge della (*indicare il tipo di apparecchio*)………………………………………………………………………………………………………………..marca…………………..…………………,tipo/modello……………...……… n° fabbrica.……………matricola:   
ENPI / ISPESL……………………………….., anno di costruzione………..…… Portata …………………**

**DICHIARA**

**sotto la propria responsabilità che la macchina in oggetto è di proprietà/in utilizzo dello/a scrivente, e che si intende effettuare la verifica :**

1. **Direttamente c/o il richiedente, contattando il Sig………………..…….………. Tel………….……………**

**al fine di concordare le modalità e per poter programmare i tempi di svolgimento dei controlli di legge.**

1. **Di aver effettuato il versamento di € …………...………… a mezzo BONIFICO BANCARIO (che si allega alla presente) sulla base degli importi previsti dal Tariffario vigente.**

**………………………., li……….……….. …………………………………………….  
 Timbro della ditta**

**Firma del Titolare/Legale Rappresentante**

|  |
| --- |
| **Per eventuali informazioni rivolgersi al Sig. ……………………………………………………**  **telefono: fax: e-mail: portatile:** |

**N.B**

**il pagamento dovrà essere effettuato mediante versamento con bonifico bancario**

**codice IBAN IT90B0101543850000070783298**

**intestato all’ ASSL N. 7 SULCIS Servizio Tesoreria - Via Dalmazia 83 CARBONIA**

**con la causale verifica periodica…** (*indicare matricola apparecchio* ).

**Indirizzo invio richiesta spresal@pec.aslsulcis.it**