

Mittente: _____

Racc. A.R.

oppure

Fax 0835253588

(In tal caso è necessario chiedere al numero telefonico 0835253768 la conferma che il fax trasmesso è correttamente leggibile)

**Spett.le Azienda ASL n. 4
Dipartimento di Prevenzione
U.O. S.P.P.I.L.L.
Via Montescaglioso s.n.
75100 MATERA**

Oggetto: richiesta di verifica periodica impianto scariche atmosferiche (art. 4 D.P.R. 462/01)

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____, e residente a _____
in qualità di Responsabile/Datore di Lavoro della Ditta _____
con Sede in _____ CAP _____
Via _____ Tel. _____ Partita IVA _____

incarica

codesto Servizio di Prevenzione Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro di verificare
l'impianto scariche atmosferiche matricola n. _____/A
sito in _____ alla Via _____ n. _____

☐ L'impianto elettrico **in luogo con pericolo di esplosione** è descritto dalla documentazione tecnica allegata, per consentirne l'omologazione (accludere alla presente tutta la documentazione necessaria).

Resta inteso che il presente incarico si intenderà tacitamente rinnovato salvo disdetta, comunicata a mezzo raccomandata da una delle parti, entro novanta giorni dall'ultima verifica eseguita.

_____, lì ____/____/200__

timbro e firma