

 <p>SST Azienda USL Toscana nord ovest</p> <p>Servizio Sanitario della Toscana via Cocchi, 7 56121 - Pisa PIVA: 02198590503</p>	MODULO DI RICHIESTA VERIFICHE PERIODICHE DI ATTREZZATURE DI LAVORO	MOD UOVMI 001 SAT Rev. 0 pubblicato il 25/01/2024 prescrittivo dal 01/02/2024
--	---	--

Da inviare a direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it e c.c. a verifiche.impianti@uslnordovest.toscana.it

il/la sottoscritto/a							
in qualità di <input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Utilizzatore <input type="checkbox"/> Altro (specificare)							
della ditta							
indirizzo							
CAP		fraz/loc.		Comune		Prov	

chiede la verifica periodica delle seguenti attrezzature/impianti:

Tipo attrezzatura ⁽¹⁾	Matricola	Scadenza verifica

Barrare se l'elenco delle attrezzature è trasmesso con allegato

⁽¹⁾ indicare la tipologia di apparecchio (es. gru a torre, gru su autocarro, generatore di vapore, impianto elettrico di messa a terra,

installate presso	<input type="checkbox"/> Stabilimento <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Attività estrattiva <input type="checkbox"/> Altro
sito in	
Referente tecnico	
recapito	

Dati per la fatturazione della verifica

Ragione Sociale							
Sede legale							
CAP		fraz/loc.		Comune		Prov.	
Referente Amministrativo							
Recapito							
<input type="checkbox"/> Ordine d'acquisto ⁽²⁾							
<input type="checkbox"/> CIG ⁽³⁾				<input type="checkbox"/> Scissione pagamenti		<input type="checkbox"/> Dichiarazione di intento	
Codice univoco / Codice SDI ⁽⁴⁾				P. IVA/C.F.			
PEC (alternativa al codice univoco)							

⁽²⁾ Se non ancora al momento della richiesta, indicare che "verrà inviato in seguito"

⁽³⁾ Solo per enti pubblici

⁽⁴⁾ Indicare obbligatoriamente la Partita IVA (o il Codice Fiscale) e il Codice Univoco (oppure la PEC)

Il legale Rappresentante o Delegato

Luogo _____ Data _____