

 <p>Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana via Cocchi, 7 56121 - Pisa PIVA: 02198590503</p>	MODULO DI RICHIESTA OMOLOGAZIONE/PRIMA VERIFICA DI ATTREZZATURE DI LAVORO	MOD UOVMI 002 SAT Rev. 0 pubblicato il --/--/2024 prescrittivo dal --/--/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 prima verifica periodica di attrezzatura allegato VII installate presso attività estrattive
 omologazione di elettrici in luoghi con pericolo di esplosione

Descrizione attrezzatura ⁽¹⁾ / impianto	
Sito in	
<input type="checkbox"/> Si allega la documentazione tecnica necessaria alla valutazione preliminare dell'attrezzatura/impianto <input type="checkbox"/> La documentazione tecnica necessaria è già stata trasmessa con protocollo _____	

⁽¹⁾ per le attrezzature (es. apparecchi di sollevamento, piattaforme di lavoro, ...) indicare il numero di matricola INAIL

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 _____
