

Spett.le ASL n° 8 di Cagliari
Servizio Prevenzione e Sicurezza Lavoro
Area Impiantistica
Via Romagna n° 16
09125 Cagliari
Fax 070/47444225

OGGETTO: richiesta duplicato libretto ascensore.

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ residente a _____
via _____ n° _____ in qualità
di _____

CHIEDE

gli venga rilasciata copia del libretto matricolare dell'impianto ascensore
marca _____ matricola _____ installato
presso _____
sito in _____ via _____ n° _____

Il suddetto documento dovrà essere inviato al seguente indirizzo:

nome/ditta _____
Via _____ n° _____
Comune _____
CAP _____ - Tel. _____

Allega alla presente:

- attestato di versamento di €76,53 sul c.c.p. n° 21780093 intestato a "Azienda USL n. 8 – Tesoreria – Cagliari" con la seguente causale di versamento: *rilascio duplicato libretto ascensore matr. _____*;
- marca da bollo di €14,62.

Data _____

Firma _____