

Spett.le
A.S.L. Cagliari
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio SPRESAL
Via Romagna 16 (Padiglione B)
09127 Cagliari

TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ DPR 22/10/2001 N. 462

Il sottoscritto..... in qualità di.....
della DITTA..... Sede Sociale in

Via..... n..... Cap. Tel.
e-mail

invia DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ della Ditta Installatrice

con sede Via Cap. Tel.
e-mail

Impianto soggetto a verifica:

- Messa a terra
 Protezione contro le scariche atmosferiche (Art. 38-39 DPR 547/55 - DPR 689/59)

(Gli allegati obbligatori sono conservati presso Ditta utente.)

Ubicazione impianto:

CITTÀ Via Cap. Tel.

Destinazione d'uso dell'edificio, dei locali o delle aree il cui impianto è soggetto a verifica:

- CANTIERE
 OSPEDALE E CASE DI CURA
 AMBULATORIO MEDICO
 AMBULATORIO VETERINARIO
 CENTRO ESTETICO
 EDIFICIO SCOLASTICO
 LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
 STABILIMENTO INDUSTRIALE - Tipo attività
- ATTIVITÀ AGRICOLA - Tipo attività
- ATTIVITÀ COMMERCIALE - Tipo attività
- ILLUMINAZIONE PUBBLICA
 IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO - Tipo di attività
- TERZIARIO - Tipo di attività
- ALTRO: Specificare attività

Numero degli addetti _____

Verifica impianto protezione contro i fulmini

- a) Parafulmini ad asta SI NO n _____
- b) Parafulmini a gabbia SI NO n _____
N1 superficie protetta _____ m² _____
N2 superficie _____ m² _____
- c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali
chiede la verifica dell'impianto di protezione
SI NO n _____
- d) Capannoni metallici per i quali si richiede la
verifica dell'impianto di protezione
SI NO n _____
- e) Per cantieri edili indicare il numero di strutture
metalliche per le quali si chiede la verifica
dell'impianto di protezione dai fulmini n _____

TIPO DI ALIMENTAZIONE

- Dalla rete B.T. _____
- Media tensione _____
- Alta tensione _____
- Imp. di produzione autonoma _____
- Potenza installata kW _____
- N. Cabine di trasformazione _____

Timbro e Firma del datore di lavoro