

(Da presentare alla sede ASL competente per territorio ove sono ubicate le attrezzature di lavoro oggetto della richiesta di verifica)

**Carta intestata o timbro della Ditta richiedente,
completi dei dati fiscali**

Spett.le ASL Cagliari
Servizio SPRESAL
via Romagna, 16
09127 Cagliari
fax 070/47444225

Ai sensi dell'art. 71 comma 11 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e del D.M. 11 aprile 2011, il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, in qualità di Titolare / Datore di lavoro della Ditta _____ con sede legale in _____ prov. _____ via _____ n. _____ chiede la verifica periodica (successiva alla prima) presso lo stabilimento/cantiere della Ditta _____ con sede in _____ prov. _____ via _____ n. _____ del/delle seguente/i attrezzature di lavoro:

Tipo di apparecchio (*)	Marca / Modello	Matricola ENPI / ANCC / ISPEL / INAIL	Numero di fabbrica	Data di scadenza della verifica periodica

(*) indicare la tipologia di attrezzatura (es. gru a torre, gru su autocarro, piattaforma di lavoro elevabile, generatore di vapore, ecc.)

Referente: _____ tel.: _____ e-mail: _____

Data _____

Il Titolare / Datore di lavoro

(timbro e firma)