

carta intestata o timbro della ditta richiedente,
completa di dati fiscali

Spett.le ATS Sardegna
ASSL Cagliari
Servizio SPRESAL
Via Romagna, 16
09127 Cagliari

serviziospresal@asl8cagliari.it
spresal@pec.aslcagliari.it

Ai sensi dell'art. 71 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 _____, partita IVA/CF _____ con sede legale in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Recapito telefonico: _____

CHIEDE

la verifica della/delle seguente/i attrezzatura/e di lavoro:

Tipo di apparecchio (*)	Marca/modello	Matricola ENPI/ANCC ISPESL/INAIL	Numero di fabbrica	Data scadenza verifica periodica

(*) indicare la tipologia di attrezzatura (es. gru a torre, gru su autocarro, piattaforma di lavoro elevabile, generatore di vapore, ecc..) e il luogo ove effettuare la verifica.

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

Nominativo e indirizzo del soggetto abilitato individuato, ai sensi dell'art. 2 comma 2 D.M. 11/04/2011:

Il Titolare/Datore di lavoro

Data _____

(timbro e firma)