

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

[serviziospresal@asl8cagliari.it](mailto:serviziospresal@asl8cagliari.it)  
[spresal@pec.aslcagliari.it](mailto:spresal@pec.aslcagliari.it)

## 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 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

N2 superficie \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

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