

Servizio SPRESAL -ASL Cagliari
Via Romagna, 16
09127 Cagliari
serviziospresal.aslscagliari@aslscagliari.it
spresal@pec.aslscagliari.it

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

PER NUOVO IMPIANTO A CURA DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscrittoin qualità di

invia DICHIARAZIONE DI CONFORMITA della Ditta Installatrice

Impianto soggetto a

verifica: Messa a terra

Protezione contro le scariche atmosferiche (Art. 38-39 DPR 547/55 - DPR 689/59) (Gli allegati obbligatori previsti dalla Legge 46/90 sono conservati presso Ditta utente.)

Ubicazione impianto:

CITTA' Via Cap. Tel.

Destinazione d'uso dell'edificio, dei locali o delle aree in cui impianto a soggetto a

verifica: CANTIERE

OSPEDALE E CASE DI

CURA AMBULATORIO

MEDICO

AMBULATORIO

VETERINARIO CENTRO

ESTETICO

111 EDIFICIO SCOLASTICO

LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO

STABILIMENTO INDUSTRIALE - Tipo attività

ATTIVITA AGRICOLA - Tipo attività

1=1 ATTIVITA COMMERCIALE - Tipo attività

ILLUMINAZIONE PUBBLICA

IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO - Tipo di attività

TERZIARIO - Tipo di attività

ALTRO: Specificare attivitàNumero degli addetti

Verifica impianto protezione contro i fulmini

a) Parafulmini ad asta SI NO n

b) Parafulmini a gabbia SI 1=1 NO n

N1 superficie protetta m2

N2 superficie m2

Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione

SI NO

d) Capannoni metallici per i quali si richiede la

verifica dell'impianto di protezione

SI NO

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

c)

Firma e timbro del datore di lavoro