

Spettabile: INAIL
Settore Ricerca, Certificazione e Verifica
Dipartimento di _____

OGGETTO: Trasmissione della dichiarazione di conformità per la messa in esercizio dell'impianto :

- DI MESSA A TERRA ;
 DI PROTEZIONE DALLE SCARICHE ATMOSFERICHE;

Il sottoscritto _____ in qualità di Datore di lavoro della Ditta _____
Codice cliente INAIL _____ con sede legale in _____ via
_____ cap _____ tel. _____ C.F./P.IVA _____,
sottoposto agli obblighi di cui all'art 2, comma 2 del DPR 462/2001, trasmette la dichiarazione di conformità
relativa all'impianto ubicato nel comune di _____ via _____ cap
_____, impianto installato dalla Ditta _____ C.F./P.IVA _____ con
sede in _____ via _____ cap _____ tel. _____

ATTIVITA' DELLA DITTA

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> CANTIERE, data presumibile chiusura _____ ; | 9. <input type="checkbox"/> AMBIENTE AGRICOLO (specificare) _____ ; |
| 2. <input type="checkbox"/> OSPEDALE / CASA DI CURA; | 10. <input type="checkbox"/> COMMERCIO (specificare) _____ ; |
| 3. <input type="checkbox"/> AMBULATORIO MEDICO; | _____ mq _____ ; |
| 4. <input type="checkbox"/> CENTRO ESTETICO; | 11. <input type="checkbox"/> TERZIARIO (specificare) _____ ; |
| 5. <input type="checkbox"/> EDIFICIO SCOLASTICO ; | 12. <input type="checkbox"/> ALTRE ATTIVITA' (specificare) _____ ; |
| 6. <input type="checkbox"/> LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO ; | 13. <input type="checkbox"/> LUOGO A MAGGIOR RISCHIO DI INCENDIO (specificare) _____ ; |
| 7. <input type="checkbox"/> ILLUMINAZIONE PUBBLICA ; | _____ ; |
| 8. <input type="checkbox"/> STABILIMENTO INDUSTRIALE (specificare) _____ ; | |

DATI DELL' IMPIANTO

IMPIANTO ELETTRICO DI MESSA A TERRA

NUMERO ADDETTI _____; POTENZA INSTALLATA _____ kW; DISPERSORI N. _____; CABINE TRASFORMAZIONE N. _____;
IMPIANTO ELETTRICO ALIMENTATO:

- IN BASSA TENSIONE ; IN MEDIA TENSIONE ; DA GRUPPO AUTONOMO DI PRODUZIONE ;

IMPIANTO DI PROTEZIONE DALLE SCARICHE ATMOSFERICHE

PARAFULMINI AD ASTA: SI NO N. _____
PARAFULMINI A GABBIA: SI NO N. _____ superficie protetta mq _____
STRUTTURE, RECIPIENTI E SERBATOI METALLICI: SI NO N. _____
CAPANNONI METALLICI: SI NO N. _____
STRUTTURE METALLICHE IN CANTIERI EDILI: SI NO N. _____

Il sottoscritto dichiara che la documentazione tecnica e gli allegati obbligatori alla dichiarazione di conformità (la relazione contenente la tipologia dei materiali impiegati, nonché il progetto di cui all'articolo 5 del DM 37/2008), sono:

- conservati presso il luogo di installazione - allegati alla presente;

ulteriori documentazioni relative all'impianto saranno tempestivamente prodotte ove richiesto. Dichiara inoltre di essere soggetto all'obbligo di far eseguire la regolare manutenzione all'impianto, nonché le visite periodiche, da far effettuare da parte dei soggetti individuati dall'art.4.2 del D.P.R. 462/01.

Si allega l' attestazione di pagamento di 30 € di cui al DM 07.07.2005 - G.U. n. 165 del 18.07.2005 (vedi istruzioni)

Data, _____

Il Datore di lavoro

(timbro e firma)

Spettabile: INAIL
Settore Ricerca, certificazione e Verifica
Dipartimento di _____
Via _____

Oggetto: Comunicazione obbligatoria di cui all'art. 8 del DPR 462/01 relativa alla
cessazione di esercizio di impianto;

Il sottoscritto:

in qualità di:

della Ditta:

C.F./P.IVA:

sede Sociale in: Via

cap. Tel. e-mail

con la presente comunica la cessazione dell'esercizio dell'impianto

Intestato a:

ubicato in Via

già denunciato in data

Data

Il dichiarante

(timbro e firma)

Spettabile: INAIL
Settore Ricerca, certificazione e Verifica
Dipartimento di _____
Via _____

Oggetto: Comunicazione obbligatoria di cui all'art. 8 del DPR 462/01

Il sottoscritto:

in qualità di:

della Ditta:

C.F./P.IVA:

sede Sociale in: Via

cap. Tel. e-mail

con la presente comunica che l'impianto ubicato in

Via già denunciato in data

Ha subito le seguenti modifiche sostanziali:

.....
.....
.....
.....
.....

Data

Il dichiarante

(timbro e firma)

Spettabile: INAIL
Settore Ricerca, certificazione e Verifica
Dipartimento di _____
Via _____

Oggetto: Comunicazione obbligatoria di cui all'art. 8 del DPR 462/01

Il sottoscritto:

in qualità di:

della Ditta:

C.F./P.IVA:

sede Sociale in: via

cap. Tel. e-mail

con la presente comunica di rilevare l'impianto precedentemente intestato a:

.....

ubicato in Via

già denunciato in data con matricola n.

Si dichiara che l'impianto in oggetto non ha subito alcuna modifica.

Data

Il dichiarante

(timbro e firma)

INAIL EX ISPEL VIA DELLE PORTE NUOVE 61 – 50144 – FIRENZE.

INDIRIZZO PEC INAIL EX ISPEL FIRENZE : firenze-ricerca@postacert.inail.it

INDIRIZZO PEC PISLL VIA DELLA CUPOLA,64 FIRENZE:

suap.prevenzione@pec.asf.toscana.it

dipartimento.prevenzione@pec.asf.toscana.it

**COME EFFETTUARE I PAGAMENTI DEL CONTRIBUTO FORFETTARIO EURO
30.00 :**

BONIFICO BANCARIO:

IBAN : IT 22 Y07601 03200 000073629008

**DESCRIZIONE CODICE TARIFFA : 6450 (D.M. 07/07/2005 G.U. N.165 DEL
18/07/2005).**

PAGAMENTO CONTO CORRENTE

c/c 73629008 intestato a : INAIL EX ISPEL 00133 ROMA

IMPORTO EURO 30.00 (TRENTAEURO).

CODICE FISCALE INAIL EX ISPEL 01165400589