

Spett.le **ASSL ORISTANO**

Servizio Prevenzione e Sicurezza  
negli Ambienti di Lavoro  
Via Carducci n° 35  
Tel:0783-317735; fax: 0783-317738  
09170 ORISTANO

PEC: [spresal@pec.asloristano.it](mailto:spresal@pec.asloristano.it)

**OGGETTO: RICHIESTA VERIFICA PERIODICA APPARECCHI DI SOLLEVAMENTO MOBILI.**

( art. 71 comma 11 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_; residente nel comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ .n° \_\_\_\_\_  
In qualità di (Titolare; Legale Rappresentante; Referente) della Ditta \_\_\_\_\_  
P. IVA \_\_\_\_\_ sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_; PEC: \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA VERIFICA PERIODICA del/ dei seguente/i Apparecchi di Sollevamento Mobili:**

N° Matricola Enpi / ISPESL / INAIL *		
Costruttore*		
Modello*		
N° Fabbrica*		
Anno di costruzione *		
Tipo* (gru su autocarro, autogrù, ponte sviluppabile su carro, ecc.);		
Portata Max* [kg]		
Marchatura CE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Data ultima verifica*		
Verifica ventennale per attrezzature mobili e/o trasferibili con oltre 20 anni di esercizio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - scadenza vita residua mm/aaaa: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - scadenza vita residua mm/aaaa: _____
Settore di impiego* (costruzioni, siderurgico, noleggio, ecc.)		
Ubicazione attrezzatura* Città/ Fraz. / Località/ Via/ Piazza		

**ALL'ATTO DELLA VERIFICA SARÀ RESA DISPONIBILE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

- Libretto delle verifiche ovvero apparecchi a marchi CE, rientranti nel regime di applicazione della Direttiva macchine ( D.Lgs. 17/2010), con copia della dichiarazione di conformità;
- Verbali delle verifiche periodiche eseguite art. 71 comma 11 D.Lgs. 81/2008.
- Libretto di uso e manutenzione;
- Registro di controllo art. 71 comma 4 lett. b D.Lgs. 81/2008.
- Copia di Indagine supplementare vita residua

Recapiti del referente aziendale: Sig.: \_\_\_\_\_, Tel.: \_\_\_\_\_, cell.: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

Timbro della Ditta e Firma del Legale Rappresentante

Data \_\_\_\_\_