

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*

**OGGETTO:** Richiesta di omologazione impianto in luogo con pericolo di ESPLOSIONE.  
(DPR 22/01/2001 n° 462)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ della  
ditta \_\_\_\_\_ con sede legale nel comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'omologazione dell'impianto elettrico installato in luogo con pericolo di esplosione

ubicato nel comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

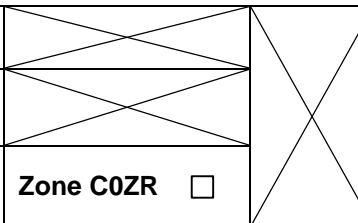
in riferimento al quale si forniscono i seguenti dati:

Personale di riferimento da contattare _____ Tel. _____
Estremi denuncia impianto <sup>(1)</sup> _____
Potenza <sup>(2)</sup> _____ kW Impianto elettrico funzionante alla tensione di _____ V e alimentato: <input type="checkbox"/> dalla rete b.t.; <input type="checkbox"/> da propria cabina alimentata a _____ V <input type="checkbox"/> da impianto autonomo di produzione

**Sostanze pericolose presenti**

--

**Presenza di zone classificate come:**

<b>Gas, vapori</b>	<b>Zone 0</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zone 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zone 2<sup>(3)</sup></b> <input type="checkbox"/>	
<b>Polveri</b>	<b>Zone 20</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zone 21</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zone 22<sup>(3)</sup></b> <input type="checkbox"/>	
<b>Sostanze esplosive</b>	<b>Zone C0Z0</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zone C0Z1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zone C0Z2</b> <input type="checkbox"/> <b>Zone C0ZR</b> <input type="checkbox"/>	

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza ed accettare le condizioni e le tariffe praticate da codesta ASL per l'effettuazione delle procedure di omologazione;
- di mettere a disposizione per lo svolgimento delle operazioni il personale occorrente (installatore o manutentore), sotto la sorveglianza di un preposto, i mezzi e tutta la documentazione tecnica necessaria per l'esecuzione delle operazioni stesse, esclusi gli apparecchi di misura.

Timbro della Ditta e Firma del Legale Rappresentante

Data \_\_\_\_\_

(1) Estremi dell'invio della Dichiarazione di Conformità Impianto alla ASL e INAIL ex ISPESL  
(2) Se alimentato a in Alta tensione = Potenza dei trasformatori funzionanti in parallelo  
Se alimentato in bassa tensione = Potenza contrattuale fornita dall'ente distributore  
(3) Solo se queste interagiscono con Zone 0, 1, 20, 21.