

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 Idroestrattori**

( art. 71 comma 11 ED ALLEGATO VII del D.Lgs. 81/2008)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

In qualità di Legale Rappresentante della Ditta installatrice \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_ con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ; telefono \_\_\_\_\_ ;

email e /o PEC : \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA VERIFICA**

PERIODICA

STRAORDINARIA

**DEI SEGUENTI APPARECCHI IDROESTRATTORI**

Idroestrattori, di utilizzo		Data ultima verifica ASL / ATS	Numero di fabbrica	Matricola E.N.P.I. / I.S.P.E.S.L I.N.A.I.L.	Diametro x numero di giri >450 (metri x giri/min.)	Operanti con <b>solventi infiammabili</b> o tali da dar luogo a miscele esplosive o instabili , aventi <b>diametro paniere esterno &gt; 500</b>
CONTINUO	DISCONTINUO					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

All'atto della verifica sarà resa disponibile la seguente documentazione:

- Libretto delle verifiche rilasciato dell'Enpi e dell'INAIL/ISPESL ovvero per apparecchi a marchio CE, rientranti nel regime di applicazione della Direttiva Macchine (D.Lgs.17/2010), copia della dichiarazione di conformità con relativa denuncia all'INAIL/ISPESL
- Verbali di verifiche periodiche eseguite dall'ASL / ATS
- Manuale di installazione uso e manutenzione
- Registro di controllo
- Documento di valutazione dei rischi ai sensi del D.Lgs. 81/08 titolo XI e relazione tecnica secondo la circolare n° 55 del Min. Lav. 23/06/1980 per utilizzo di solventi o miscele esplosive od instabili indicante la portata del flusso dell'elemento inertizzante.

Recapiti del referente aziendale: Sig.: \_\_\_\_\_, Tel.: \_\_\_\_\_,

cell.: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_