

Cron. _____
 Matricola _____ / 5 / _____ / _____
 (Spazio riservato all'ufficio)

ALL' INAIL EX ISPESL DIPARTIMENTO DI LUCCA
 Viale LUPORINI 1021 – 55100 LUCCA

MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ
DPR 22/10/2001 N. 462
 A CURA DEL DATORE DI LAVORO
 PER NUOVO IMPIANTO

SOTTOPOSTO AGLI OBBLIGHI DEL Dlgs 81/2008 IN PRESENZA DI LAVORATORI SUBORDINATI.

Il sottoscritto⁽¹⁾ in qualità ⁽²⁾
 della Ditta con Sede Sociale in

Via n. Cap. Tel ⁽³⁾

presenta / invia DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' (Legge 46/90) della Ditta installatrice

..... con sede in via città Cap. tel.

(gli allegati obbligatori previsti dalla Legge 46/90 sono conservati presso la Ditta utente)
 relativamente all'impianto di:

- Messa a terra ⁽⁴⁾
- Protezione contro le scariche atmosferiche

Ubicazione dell'impianto: ⁽⁵⁾
 CITTÀ

Via

Cap. tel.

TIPO DI IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:

- (1 A) CANTIERE - Data prevista di chiusura del cantiere.....(Indicare mese ed anno)
- (2 B) OSPEDALE E CASE DI CURA
- (3 C) AMBULATORIO MEDICO
- (4 D) EDIFICIO SCOLASTICO
- (5 E) LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
- (6 F) STABILIMENTO INDUSTRIALE ⁽⁶⁾
- (7 G) ATTIVITÀ AGRICOLA
- (8 H) ATTIVITÀ COMMERCIALE ⁽⁶⁾
- (9 I) ILLUMINAZIONE PUBBLICA
- (10 L) IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO ⁽⁶⁾
- (11 M) ALTRO: ⁽⁶⁾
- (12 N) AMBULATORIO VETERINARIO
- (13 P) CENTRO ESTETICO
- (14 Q) TERZIARIO ⁽⁶⁾
- (15 R) ARTIGIANATO ⁽⁶⁾

Numero degli addetti:

*Si allega attestazione di pagamento di 30 €
 su c/c 73629008 intestato a:*

INAIL EX -ISPESL
PROVENTI DA VERSARE TESORERIA
STATO – VIA TORRACCE DI TORRENOVA
7
00133 ROMA
 (D.M. 7 luglio 2005, pubblicato sulla
 Gazzetta Ufficiale n. 165 del 18 luglio 2005)

IMPIANTO DI PROTEZIONE CONTRO I FULMINI

a) Parafulmini ad asta: no si n. _____ ⁽⁷⁾

b) Parafulmini a gabbia: no si n. _____ ⁽⁷⁾

N1 superficie protetta m² _____ ⁽⁷⁾

N2 superficie protetta m² _____ ⁽⁷⁾

c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione:
 no si n. _____ ⁽⁷⁾

d) Capannoni metallici per i quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione:
 no si n. _____ ⁽⁷⁾

e) Per cantieri edili indicare il numero di strutture metalliche per le quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione dai fulmini n. _____ ⁽⁷⁾

IMPIANTO DI TERRA - TIPO DI ALIMENTAZIONE DELL'IMPIANTO ELETTRICO

Dalla rete B.T. V _____

Media tensione V _____

Alta tensione V _____

Imp. di produzione autonoma V _____

Potenza installata kW ⁽⁸⁾ _____

N. Cabine di trasformazione _____

 Firma e timbro del datore di lavoro

LUCCA, li _____



Regione Toscana
Servizio Sanitario Nazionale
9701

Sede Monte S. Quirico
Tel. 0583

Azienda U.S.L. n°2 - Lucca - Dipartimento della Prevenzione -

C.F. 00559320460

U.O. Prevenzione e Sicurezza

Tel. 0583 449216/17

Via di Tiglio 292 Carraia - Lucca

Fax 0583 449088

TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ (D.P.R. 22 Ottobre 2001 n° 462)

PER NUOVO IMPIANTO A CURA DEL DATORE DI LAVORO

(Attività sottoposta agli obblighi del D.P.R. 547/55 in presenza di lavoratori subordinati Art. 3)

- IMPIANTO DI MESSA A TERRA
 IMPIANTO DI PROTEZIONE CONTRO LE SCARICHE ATMOSFERICHE
 IMPIANTO IN LUGHI CON PERICOLO DI ESPLOSIONE

riservato all'ufficio

Impianto n° _____

Impianto n° _____

Impianto n° _____

Il Sottoscritto _____ in qualità di _____

della Ditta: _____

Sede sociale in : _____ Via _____ n° _____ Prov. _____

Località dello: Stabilimento Cantiere Attività

Comune _____ Via _____ CAP _____ Tel. n° _____ Fax.n° _____

invia dichiarazione di conformità della ditta installatrice _____ con sede in:

Via _____ n° _____ Comune _____ Prov. _____ Tel. n° _____

Allegati obbligatori conservati presso la ditta utente

TIPOLOGIA DI IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cantiere | <input type="checkbox"/> Locale Pubblico Spettacolo |
| <input type="checkbox"/> Ospedale/Case di cura | <input type="checkbox"/> Stabilimento Industriale (tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Medico | <input type="checkbox"/> Attività Agricola (tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Veterinario | <input type="checkbox"/> Attività Commerciale (tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Odontoiatrico | <input type="checkbox"/> Illuminazione Pubblica _____ |
| <input type="checkbox"/> Centro Estetico | <input type="checkbox"/> Terziario (tipo di attività) _____ |
| <input type="checkbox"/> Edificio Scolastico | <input type="checkbox"/> Altro (specificare attività) _____ |
| <input type="checkbox"/> Impianto a maggior rischio in caso di incendio (specificare attività) _____ | |

CARATTERISTICHE DI ALIMENTAZIONE

Potenza totale installata Kw. _____ Impianto elettrico alimentato da :

- Dalla rete Pubblica in B.T.
 Da cabina di trasformazione alimentata in: Alta Tensione Media Tensione
 Da impianto di produzione autonoma

IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:

- Biennale Quinquennale

La DITTA
