



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:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Cantiere | Locale Pubblico Spettacolo |
| Ospedale/Case di cura | Stabilimento Industriale (tipo) _____ |
| Ambulatorio Medico | Attività Agricola (tipo) _____ |
| Ambulatorio Veterinario | Attività Commerciale (tipo) _____ |
| Ambulatorio Odontoiatrico | Illuminazione Pubblica _____ |
| Centro Estetico | Terziario (tipo di attività) _____ |
| Edificio Scolastico | Altro (specificare attività) _____ |
| 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
