

Modello di richiesta di verifica periodica del datore di lavoro all'Azienda Sanitaria¹

(Da presentare alla sede ASL competente per territorio ove sono ubicate le attrezzature di lavoro oggetto della richiesta di verifica)

**Carta intestata o timbro della Ditta richiedente,
completi dei dati fiscali**

**Spett.le Azienda Sanitaria Locale Salerno
S.P.S.A.L. (area Sud)
Via Ottavio De Marsilio, 152
84078 Vallo della Lucania (SA)
Dir. Ing. Giuseppe Rizzo
g.rizzo@aslsalerno.it – fax 097475629**

Ai sensi dell'art. 71 comma 11 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e del D.M. 11 aprile 2011, il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra

_____, in qualità di Titolare / Datore

di lavoro della Ditta _____ con sede legale in

_____ prov. _____ via _____ n. _____

chiede la verifica periodica presso lo stabilimento/cantiere della Ditta _____

con sede in _____ prov. _____ via _____ n. _____ del/delle

seguate/i attrezzature di lavoro:

Tipo di apparecchio (*)	Marca / Modello	Matricola ENPI/ANCC ISPESL/INAIL	Numero di fabbrica	Data di scadenza della verifica periodica

(*) indicare la tipologia di attrezzatura (es. gru a torre, gru su autocarro, piattaforma di lavoro elevabile, generatore di vapore, ecc.)

Referente: _____ tel.: _____ fax: _____ e-mail: _____

Nominativo e indirizzo del soggetto abilitato individuato, ai sensi dell'art. 2 comma 2 D.M. 11/4/2011

(DA INDICARE OBBLIGATORIAMENTE): _____

Il Titolare / Datore di lavoro

(timbro e firma)

Data _____

¹ Una variante del presente modello può prevedere un allegato distinto dalla lettera, contenente la tabella delle attrezzature di lavoro di cui si richiede la verifica periodica. Tale variante consente una più agevole compilazione a mano dell'elenco delle attrezzature di lavoro.