Spett.le **ATS Val Padana**

**Dipartimento di Igiene e**

**Prevenzione Sanitaria**

 **UOS Impiantistica**

 **Via dei Toscani, 1**

 **46100 MANTOVA**

 tel. 0376 334262/240 – fax 0376 331997

Oggetto: **richiesta di verifica periodica APPARECCHI DI SOLLEVAMENTO** ai sensi dell’art. 71 comma 11 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Il sottoscritto

legale rappresentante della ditta

con sede legale nel comune Prov.

via n. CAP

P.IVA / C.F. telefono/cell. fax

e-mail , PEC

**CHIEDE**

ai sensi del DM 11/04/2011 la verifica periodica successiva alla prima degli apparecchi di sollevamento riportati in elenco:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Costruttore** | **Modello** | **N. Fabbrica** | **Matricola (ISPESL/INAIL)** | **Portata (KG)** | **Anno di costruzione** | **Data ultima verifica** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

installati nello stabilimento

della Ditta

nel comune di via n.

Persona di riferimento sig. tel./cell.

Data

 Il legale Rappresentante

 …………………………………………………………………………………………

 (Timbro e firma)