

Spett.le Azienda U.S.L. Umbria n. ____
 Dipartimento di Prevenzione
 SERVIZIO _____

Indirizzo _____

OGGETTO : RICHIESTA ACCERTAMENTO DI DEMOLIZIONE ATTREZZATURE A PRESSIONE
 D.M. 01/12/2004 N. 329 – D.LGS. 81/2008 e s.m.i.

IL SOTTOSCRITTO _____ IN QUALITÀ DI TITOLARE

DELLA DITTA _____ PARTITA IVA _____

CON SEDE LEGALE IN COMUNE DI _____ PROV. _____

CAP _____ LOC. / VIA / P.ZZA _____

e-mail _____

PEC (posta elettronica certificata) _____

Telefono fisso n° _____

Referente Sig. _____ Cellulare n° _____

CHIEDE L'ACCERTAMENTO DI DEMOLIZIONE DELLE SEGUENTI ATTREZZATURE A PRESSIONE

TIPOLOGIA ATTREZZATURA	MATRICOLA assegnata da: ANCC / ISPESL / INAIL	NUMERO DI FABBRICA assegnato dal costruttore	COSTRUTTORE	LUOGO DI INSTALLAZIONE Comune – indirizzo

CODICE TARIFFARIO REGIONALE : E.8.2.21

**COSTO PRESTAZIONE: € 70,00/APPARECCHIO (PAGAMENTO DA EFFETTUARE PRESSO IL CUP DELLA USL
 UMBRIA 1)**

DATA _____

IL RICHIEDENTE

 (firma)