

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

Indirizzo _____

OGGETTO : VERIFICA PERIODICA SERBATOI G.P.L.
 D.M. 29.02.1988 e s.m.i. – D.M. 01.12.2004 n. 329

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 LA VERIFICA PERIODICA DEI SEGUENTI SERBATOI G.P.L.

MATRICOLA assegnata da: ANCC / ISPESL / INAIL	TIPO VERIFICA VF - VI	CAPACITA' (litri)	LUOGO DI INSTALLAZIONE (Comune – indirizzo)	NOMINATIVO UTENTE

Legenda : TIPO VERIFICA : VF – funzionamento VF – integrità decennale

SI ALLEGA VERBALE DI PRIMO O NUOVO IMPIANTO / MESSA IN SERVIZIO

COSTO PRESTAZIONE: DA VERIFICARE NEL TARIFFARIO REGIONALE AL CODICE E.8.2 (E SOTTOCODICI) IN BASE ALLA TIPOLOGIA DI RECIPIENTE.
 PAGAMENTO DA EFFETTUARE PRESSO IL CUP DELLA USL UMBRIA 1

DATA _____

 FIRMA