

Spettabile: INAIL  
UOT di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Comunicazione nominativo organismo incaricato della verifica periodica relativa a:**

IMPIANTO ELETTRICO DI MESSA A TERRA;

IMPIANTO DI PROTEZIONE DALLE SCARICHE ATMOSFERICHE;

IMPIANTO ELETTRICO IN LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE (se esistono installazioni elettriche in aree classificate come zona 0, 1 e/o 20, 21);

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di Datore di lavoro della Ditta

con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
CF/P.IVA \_\_\_\_\_, sottoposto agli obblighi di cui all'art 7-bis, comma 2 del DPR  
462/2001, indirizzo di posta elettronica certificata  
(PEC): \_\_\_\_\_

comunica che l'organismo \_\_\_\_\_ è stato incaricato della verifica periodica relativa  
all'impianto in oggetto matricola \_\_\_\_\_ (se non conosciuta scrivere N.C.) ubicato  
nel comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_, impianto  
installato dalla Ditta \_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_ con  
sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

#### ATTIVITA' DELLA DITTA

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> CANTIERE;                                      | 10. <input type="checkbox"/> COMMERCIO (specificare) _____<br>mq _____;                  |
| 2. <input type="checkbox"/> OSPEDALE / CASA DI CURA;                       | 11. <input type="checkbox"/> TERZIARIO (specificare) _____;                              |
| 3. <input type="checkbox"/> AMBULATORIO MEDICO;                            | 12. <input type="checkbox"/> ALTRE ATTIVITA' (specificare) _____;                        |
| 4. <input type="checkbox"/> CENTRO ESTETICO;                               | 13. <input type="checkbox"/> LUOGO A MAGGIOR RISCHIO DI INCENDIO<br>(specificare) _____; |
| 5. <input type="checkbox"/> EDIFICIO SCOLASTICO;                           | 14. <input type="checkbox"/> LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE (specificare)<br>_____;    |
| 6. <input type="checkbox"/> LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO;                 |  |
| 7. <input type="checkbox"/> ILLUMINAZIONE PUBBLICA ;                       |  |
| 8. <input type="checkbox"/> STABILIMENTO INDUSTRIALE (specificare) _____ ; |  |
| 9. <input type="checkbox"/> AMBIENTE AGRICOLO (specificare) _____ ;        |  |

#### DATI DELL' IMPIANTO

##### IMPIANTO ELETTRICO

IN BASSA TENSIONE;  IN MEDIA TENSIONE;  DA GRUPPO AUTONOMO DI PRODUZIONE;

NUMERO ADDETTI \_\_\_\_\_; POTENZA INSTALLATA \_\_\_\_\_ kW; DISPERSORI N. \_\_\_\_\_; CABINE TRASFORMAZIONE N. \_\_\_\_\_ ;

##### IMPIANTO DI PROTEZIONE DALLE SCARICHE ATMOSFERICHE

PARAFULMINI AD ASTA: SI  NO  N. \_\_\_\_\_

PARAFULMINI A GABBIA: SI  NO  N. \_\_\_\_\_ superficie protetta mq \_\_\_\_\_

STRUTTURE, RECIPIENTI E SERBATOI METALLICI: SI  NO  N. \_\_\_\_\_

CAPANNONI METALLICI: SI  NO  N. \_\_\_\_\_

STRUTTURE METALLICHE IN CANTIERI EDILI: SI  NO  N. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che la documentazione tecnica e gli allegati obbligatori alla dichiarazione di conformità (la relazione contenente la tipologia dei materiali impiegati, nonché il progetto di cui all'articolo 5 del DM 37/2008), sono conservati presso il luogo di installazione e allega alla presente:

copia della dichiarazione di conformità o di rispondenza

copia del verbale di omologazione ASL/ARPA (obbligatoria solo per impianti in luoghi con pericolo di esplosione)

Data, \_\_\_\_\_

Il Datore di lavoro  
\_\_\_\_\_