

**All' Azienda Unità Sanitaria della Valle d'Aosta
Dipartimento di Prevenzione
S.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di
Lavoro
Regione Amérique n. 7/L
11020 QUART (AO)
Fax 0165.774695 – e-mail Isicurezza@ausl.vda.it**

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 (successiva alla prima) presso lo stabilimento/cantiere della Ditta propria/ovvero _____

con attività in _____ prov. _____ via _____ n. _____

della/delle seguente/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. Vedi allegato VII del D.Lgs. 81/08)

Referente: _____ tel.: _____ fax: _____

e-mail: _____

Il Titolare / Datore di lavoro

(Imprimere timbro e firmare il documento)

Data _____

