

ALL' ISTITUTO SUPERIORE PER LA
PREVENZIONE E LA SICUREZZA
DEL LAVORO

Dipartimento di PADOVA
Via A. Berchet, 9
35131 PADOVA

MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'

D.P.R. 22/10/2001 N° 462

PER NUOVO IMPIANTO A CURA DEL DATORE DI LAVORO
SOTTOPOSTO AGLI OBBLIGHI DEL D.P.R. 547/55 IN PRESENZA DI LAVORATORI SUBORDINATI Art. 3.

Il sottoscritto in qualità di
della DITTA: Sede Sociale
Via..... n.° Cap. Tel.
Indirizzo di posta elettronica e-mail

presenta e/o invia **DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'** della Ditta Installatrice

con Sede..... Via..... Tel.
Indirizzo di posta elettronica e-mail

Messa a terra

Protezione contro le scariche atmosferiche (Art. 38-39 D.P.R. 547/55 - D.P.R. 689/59)

(Gli allegati obbligatori previsti dalle Legge 46/90 sono conservati presso la Ditta utente)

Ubicazione dell'impianto:

Città:..... Via Cap. Tel.

TIPO D'IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:

- CANTIERE
 OSPEDALE E CASE DI CURA
 AMBULATORIO MEDICO
 AMBULATORIO VETERINARIO
 CENTRO ESTETICO
 EDIFICIO SCOLASTICO
 LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
 STABILIMENTO INDUSTRIALE - Tipo attività

ATTIVITA' AGRICOLA Tipo attività.....
 ATTIVITA' COMMERCIALE Tipo attività

ILLUMINAZIONE PUBBLICA
 IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO D'INCENDIO. Tipo attività

TERZIARIO Tipo di attività

ARTIGIANATO ... Tipo di attività.....

ALTRO: SPECIFICARE TIPO DI ATTIVITA'

Numero degli addetti _____

Verifica impianto protezione contro i fulmini

- a) Parafulmini ad asta si no n. _____
b) Parafulmini a gabbia si no n.° _____
N1 superficie protetta _____mq _____
N2 superficie. _____mq.
c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali
chiede la verifica dell'impianto di protezione
si no n.° _____
d) Capannoni metallici per i quali si richiede la
verifica dell'impianto di protezione
si no n.° _____
e) Per cantieri edili indicare il numero di strutture
metalliche per le quali si chiede la verifica
dell'impianto di protezione dai fulmini n.° _____

Tipo di alimentazione

- Dalla rete B.T. _____
 Media tensione _____
 Alta tensione _____
 Imp. di produzione autonoma

Potenza installata kW _____
N° Cabine di trasformazione _____
N° Dispensori _____

N.B. Barrare le caselle che interessano
Scrivere possibilmente in stampatello

Firma e timbro del datore di lavoro