Spett.le ASL 4 Teramo

U.O.S.D. Impiantistica Antinfortunistica

Circ.ne Ragusa, 1

64100 Teramo

Tel. 0861 429805/812; fax 429807

e-mail [setimpant@aslteramo.it](mailto:setimpant@aslteramo.it)

pec. sia@pec.aslteramo.it

OGGETTO: Verifica periodica ascensore matricola ……….. ai sensi del DPR 162/99 (G.U. 10 Giugno 1999).

Nome Condominio: ……………………………………………………………………………………………………

Il sottoscritto……………………………………………………………………………………………………………, in qualità di amministratore pro tempore/proprietario dello stabile sito in …………………………………………………………………,

via……………………………………………………… n° ….…… in cui è installato l’impianto ascensore numero di fabbrica ………………………….., data collaudo ….………………………….., fermate…………....., la cui manutenzione è affidata alla Ditta (Ragione Sociale ) ……………………………..………………..……………………Tel. …………………………., con la presente

**Chiede**

che vengano effettuate dal Vs. Ufficio le prescritte verifiche periodiche biennali.

Distinti Saluti

L’amministratore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

………………………………, lì / /

Recapito amministratore

Cognome …………………………………………………………. Nome ……………………………………………………………………………

Via …………………………………………………………………. N.Civico …………

Città …………………………………………………………………………………………………………

Tel……………………………………………….Fax……………………………………………………….

Cod.Fisc./P.IVA (Condominio o proprietario – campo obbligatorio) ………………………………………………………….