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 : richiesta effettuazione verifica straordinaria ascensori/montacarichi**

Il Sottoscritto …………………………………………………………………..in qualità di

Proprietario Amministratore / Legale rappresentante dello stabile situato in …………………………………………. Via …………………………………………….

**chiede**

a codesto Ente di effettuare, ai sensi dell’art.14 del DPR 162/99, la verifica straordinaria al

seguente impianto:

matricola N°:

fermate:

Ditta manutenzione:

(eventuale recapito telefonico):

Data ultima verifica o collaudo:

La richiesta è a seguito di:

[ ] verbale negativo emesso in data …… da …………………………………(allegata copia)

[ ] modifica rilevante (allegata documentazione)

[ ] incidente (allegata descrizione)

**Il recapito al quale dovranno pervenire tutte le comunicazioni é il seguente:**

…………………………………………………………………………………………………

**La fattura relativa alla verifica dovrà essere intestata a:**

……………………………………………………………………………………..…………

indirizzo ………………………………………………………………………………………

città ………………………………………… C.F. ....………………………….

P.I. ………………………..........................

Resta inteso che la fattura di riferimento per l’effettuazione della verifica sarà quella risultante dal tariffario ufficiale D.M. 5 giugno 2003 N.101 pubblicato sul S.O. alla G.U. n. 152 del 3 luglio 2003.

Data ………………. Timbro e Firma