

.....
.....
.....

MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'
D.P.R. 22/10/2001 N°462

Con riferimento all'impianto di:

- Impianti elettrici di messa a terra
- Dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche

Il sottoscritto, in qualità di
della Ditta (1) p. IVA Sede Sociale in
..... Via n° C.a.p.
tel./cell. e-mail, invia dichiarazione di conformità della
Ditta installatrice con Sede in
Via tel./cell. e-mail

Al riguardo si dichiara che, ai sensi del DM n. 37 del 22 gennaio 2008, per l'impianto installato, il progetto è / non è obbligatorio e che gli allegati obbligatori sono:

conservati presso (specificare dove)

Ubicazione dell'impianto:

Città Via C.a.p. Tel.

Tipo di impianto soggetto a verifica:

CANTIERE
OSPEDALE E CASE DI CURA
AMBULATORIO MEDICO, ESTETICO,
VETERINARIO (barrare la voce che non interessa)
EDIFICIO SCOLASTICO
LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
STABILIMENTO INDUSTRIALE
tipo di attività _____
ATTIVITA' AGRICOLA/ZOOTECNICA
tipo di attività _____

ATTIVITA' COMMERCIALE
tipo di attività _____
ATTIVITA' ARTIGIANALE
tipo di attività _____
ILLUMINAZIONE PUBBLICA
TERZIARIO tipo di attività _____
ALTRO
tipo di attività _____
IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO
D'INCENDIO/ESPLOSIONE tipo di attività _____

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 si richiede 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 i quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione contro i fulmini n° _____

Tipo di alimentazione

Dalla rete BT. _____ Volt
Media tensione _____ Volt
Alta tensione _____ Volt
Imp. di produzione autonomo _____ Volt

Potenza contrattuale impegnata _____ KW
N°cabine di trasformazione _____
N°dispersori _____

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

Il Datore di lavoro

Data _____

(firma)