

Carta intestata o timbro della Ditta richiedente completi dei dati fiscali

Spett.le Azienda U.S.L. Umbria n. \_\_\_\_  
Dipartimento di Prevenzione  
SERVIZIO \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

OGGETTO : RICHIESTA ACCERTAMENTO DI DEMOLIZIONE ATTREZZATURE A  
PRESSIONE D.M. 01/12/2004 N. 329 – D.LGS. 81/2008 e s.m.i.

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ IN QUALITÀ DI TITOLARE  
DELLA DITTA \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_  
CON SEDE LEGALE NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ LOC. / VIA / P.ZZA \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Telefono fisso n° \_\_\_\_\_ Cellulare n° \_\_\_\_\_  
Referente Sig. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**  
L'ACCERTAMENTO DI DEMOLIZIONE DELLE SEGUENTI ATTREZZATURE A PRESSIONE

DESCRIZIONE TIPOLOGIA APPARECCHIATURA (come da libretto e/o manuale d'uso)	MATRICOLA assegnata da: ANCC / ISPESL / INAIL	NUMERO DI FABBRICA assegnato dal fabbricante	COSTRUTTORE	LUOGO DI INSTALLAZIONE (comune - indirizzo)

**CODICE TARIFFARIO REGIONALE** : E.3.2.25 Sopraluoghi per accertamento di demolizione

**COSTO PRESTAZIONE:** € 92,53/APPARECCHIO(PAGAMENTO DA EFFETTUARE DOPO AVER RICEVUTO  
COMUNICAZIONE CON PAGO//PA O PRESSO IL CUP DELLA USL UMBRIA 1)

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
(firma)