

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 : VERIFICA PERIODICA SERBATOI G.P.L. Installati in ambienti di vita
D.M. 29.02.1988 e s.m.i. – D.M. 01.12.2004 n. 329

IL SOTTOSCRITTO _____ IN QUALITÀ DI TITOLARE DELLA DITTA

_____ PARTITA IVA _____

CON SEDE LEGALE IN COMUNE DI _____ PROV. _____ CAP _____

LOC. / VIA / P.ZZA _____

e-mail _____ PEC (posta elettronica certificata) _____

TELEFONO FISSO n° _____

REFERENTE Sig. _____ CELLULARE n° _____

CHIEDE

LA VERIFICA PERIODICA DEI SEGUENTI SERBATOI

MATRICOLA assegnata da: ANCC / ISPESL / INAIL	TIPO VERIFICA: - funzionamento - integrità decennale	CAPACITA' (litri) PRESSIONE Max (bar)	DATA ULTIMA VERIFICA PERIODICA	LUOGO DI INSTALLAZIONE (comune, indirizzo e nominativo utilizzatore)

Legenda : TIPO VERIFICA : VF – funzionamento VF – integrità decennale

CODICE TARIFFARIO REGIONALE: E.3.2 (E SOTTOCODICI) RECIPIENTI A PRESSIONE DI GAS
TIPO GPL IN BASE ALLA TIPOLOGIA DI RECIPIENTE.

COSTO PRESTAZIONE: PAGAMENTO DA EFFETTUARE DOPO AVER RICEVUTO
COMUNICAZIONE CON PAGO//PA O PRESSO IL CUP DELLA USL UMBRIA 1

DATA _____

_____ firma