

Spett.le  
Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro  
ASL 02 Lanciano – Vasto – Chieti  
All'attenzione dello **sportello utenza Impiantistica Antinfortunistica s.r.l.**  
c/o ex Ospedale Pediatrico Via N. Nicolini  
66100 Chieti

<sup>(1)</sup>Trasmesso via:  Fax  E-mail  Brevi Manu

**RICHIESTA VERIFICA PERIODICA DELL'IMPIANTO ELETTRICO IN LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE (Art. 6, comma 2 del D.P.R. 22 ottobre 2001, n.462):**

IMPIANTO ELETTRICO IN LUOGHI CON PERICOLO DI ESPLOSIONE PER LA PRESENZA DI ESPLOSIVI O SOSTANZE INFIAMMABILI IN QUALUNQUE STATO FISICO E PER I LUOGHI CON PERICOLO DI ESPLOSIONE PER LA PRESENZA DI POLVERI COMBUSTIBILI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della ditta \_\_\_\_\_ con sede sociale in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**Denominazione attività<sup>(2)</sup>** \_\_\_\_\_

sottoposto agli obblighi del D.P.R. 462/2001(art.2.2) **per la presenza di personale subordinato,**

**RICHIEDE L'EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA PERIODICA** dell'impianto in oggetto  
ubicato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

impianto installato dalla Ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Omologazione dell'impianto da parte della ASL in data \_\_\_\_\_ N. Verbale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Titolare / Datore di Lavoro  
(*timbro e firma*)

\_\_\_\_\_

<sup>1.</sup> La presente richiesta viene inoltrata a mezzo fax al numero 0871/573260, oppure a mezzo e-mail all'indirizzo [dia.aslchieti@gmail.com](mailto:dia.aslchieti@gmail.com), oppure consegnata brevi mano presso lo sportello utente dell'Impiantistica Antinfortunistica s.r.l. in via N.Nicolini c/o ex ospedale pediatrico Chieti.

<sup>2.</sup> Trascrivere il codice e la denominazione dell'attività economica desunti dall'iscrizione alla Camera di Commercio