

Spett. le AZIENDA SANITARIA LOCALE
 della PROVINCIA di MILANO 1
 Dipartimento di Prevenzione Medica
 Servizio Sicurezza ed Impiantistica
 Ufficio Rischi da Sovrapressione
 Via Spagliardi, n. 19
 20015 PARABIAGO (Milano)

OGGETTO: Dichiarazione ai sensi dell' Art. 6 D.M. 01-12-2004 n° 329 in attuazione dell' Art. 19, comma 3 del D.Lgs del 25-02-2000 n° 93

Il Sottoscritto in qualità di Legale Rappresentante
 della Ditta
 con Sede Legale in Via
 Telefono n. Partita Iva

DICHIARA

la messa in servizio, presso il proprio insediamento produttivo di:
 via n°

delle / i seguenti attrezzature / insiemi a pressione come da elenco seguente:

Costruttore	n° Fabbrica o Matricola	bar	° C	litri	tipo fluido	fluido gruppo 1 o 2	attrezzatura o insieme	categoria I° ; II° III° ; IV°	Installazione a cura dell'utilizzatore sull'impianto

Si allega in copia per ogni singola / o attrezzatura / insieme :

- ❖ relazione tecnica con schema di impianto (come previsto dal punto 1 b).
- ❖ dichiarazione corretta installazione secondo manuale d'uso (come previsto dal punto 1 c).
- ❖ verbale di verifica “ primo impianto o messa in servizio”, ove prescritta (come previsto dal punto 1 d).
- ❖ elenco dei componenti operanti in regime di scorrimento viscoso o sottoposti a fatica oligociclica ,se ne ricorre il caso (come previsto dal punto 1 e).
- ❖ per attrezzature / insiemi esclusi dal controllo della messa in servizio: documentazione attestante i requisiti previsti dall'Art.6 punto 4 e Art. 5 comma 1, lettera d.

Si richiede inoltre, per utilità di questo Servizio, copia Dichiarazione CE di conformità / copia frontespizio libretto matricolare.

Data :

Il Legale Rappresentante
 (timbro e firma)