

All' **Azienda Sanitaria Universitaria  
Friuli Centrale (ASU FC)**  
Dipartimento di Prevenzione

PEC: [asufc@certsanita.fvg.it](mailto:asufc@certsanita.fvg.it)

**OGGETTO: DICHIARAZIONE DI MESSA IN SERVIZIO DI ATTREZZATURE/IMPIANTI A PRESSIONE**  
art. 6 del D.M. 1 dicembre 2004 n. 329

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in qualità di titolare/datore di lavoro della Ditta \_\_\_\_\_  
con sede legale in Comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ P.IVA. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**la messa in servizio** presso il proprio insediamento produttivo in Comune di \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

delle/degli attrezzature/insiemi a pressione di seguito elencate/i:

Costruttore	nr. fabbrica o matricola	Press. [bar]	Temp. [°C]	Tipo di fluido	Gruppo fluido	Attrezzatura o Insieme	Categoria	Installaz. a cura dello utilizzatore

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

- relazione tecnica con schema di impianto;
- dichiarazione corretta installazione secondo manuale d'uso;
- verbale di verifica di "primo impianto o messa in servizio", ove prescritta;
- elenco dei componenti operanti in regime di scorrimento viscoso o sottoposti a fatica oligociclica;
- per attrezzature/insiemi esclusi dal controllo della messa in servizio: documentazione attestante i requisiti previsti dall'art. 6 punto 4 e dall'art. 5, comma 1, lettera d), del D.M. 329/2004.

Data

il titolare / datore di lavoro

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)