

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

PEC: asufc@certsanita.fvg.it

**OGGETTO: RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA (successiva alla prima) DI ATTREZZATURE DI LAVORO
art. 71 comma 11 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i e D.M. 11 aprile 2011**

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 _____

CHIEDE

a codesta azienda l'effettuazione della verifica periodica (successiva alla prima) delle seguenti attrezzature di lavoro

Tipo di attrezzatura	Costruttore	Numero di fabbrica	Matricola ENPI / ANCC / ISPESL / INAIL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

in servizio presso la propria sede

l'unità produttiva

il cantiere o stabilimento della ditta _____

sita/o in Comune di _____

provincia di _____

indirizzo _____

Per quanto necessario si prega contattare il Sig. _____

telefono _____

fax _____

e-mail _____

Eventuali note: _____

Data _____

il titolare / datore di lavoro

(timbro e firma)