

ALL'A.S.L. AV  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
U.O.C. SPSAL  
V. Circumvallazione, 77  
83100 AVELLINO

**Oggetto :** Incarico di verifica periodica attrezzature di lavoro ai sensi 71 comma 11 del D.Lgs. 9/4/2008 n. 81 e s.m.i. con le modalità di cui all'allegato II punto 5.2.1 del DM 11.04.2011-

Il sottoscritto .....in qualità di .....  
della Azienda/Ente .....  
con sede legale in .....Via.....  
Telef.....

**CHIEDE LA VERIFICA PERIODICA DEI SEGUENTI IMPIANTI**

prevista dall'art. 71 comma 11 del D.Lgs. 9/4/2008 n. 81 e s.m.i. presso le località di seguito indicate significando che la documentazione necessaria e prevista dalle norme sarà esibita prima dell'inizio delle verifiche.

- Apparecchio.....marca..... matr.....
- Apparecchio.....marca..... matr.....
- Apparecchio.....marca..... matr.....
- Vedi elenco allegato
- Localizzazione degli apparecchi.....
- .....
- .....
- .....

**COMUNICA**

l'ultima verifica sui suddetti apparecchi:

- matr.....il..... Ente verificatore.....
- matr.....il..... Ente verificatore.....
- matr.....il..... Ente verificatore.....
- vedi elenco allegato

**INDICA**

Per l'esecuzione della verifica il Sig.....recapito tel.....

**PRENDE ATTO** che le verifiche sono a titolo oneroso con tariffe stabilite dalla Regione Campania stabilite con decreto del commissario ad acta n°3 del 03.01.2011. Il pagamento delle somme previste per le suddette verifiche sarà effettuato entro 15 giorni dal ricevimento della fattura. A tal uopo si forniscono i numeri di Codice Fiscale e di Partita Iva dell'Azienda :

C.F..... P.IVA .....

Data..... in fede  
(timbro e firma della Ditta)

Per ricevuta il funzionario ASL AV

Data.....firma\_\_\_\_\_