

Spett.
Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo
U.O.C. Impiantistica ed Antinfortunistica
U.O.S. Sicurezza di impianti e macchine
Via M. Stabile n. 7 – Palermo
Tel. 091 7032610 Fax 091 7032635
e-mail: uoc.sia@asppalermo.org

Oggetto: Richiesta verifica ascensore (ai sensi degli artt. 13 e 14 del DPR 162/99 e s.m.i.)

Il sottoscritto ⁽¹⁾ _____ residente in ⁽²⁾ _____

(tel. _____ e-mail _____) proprietario/legale
rappresentante dell'immobile in cui è installato l'impianto, secondo quanto previsto dal DPR 162/99 (e
s.m.i.) agli art. 13 e 14,

chiede

che venga effettuata la verifica periodica/straordinaria⁽³⁾ del seguente impianto ascensore:

N. matricola ⁽⁴⁾ _____

Ubicazione: via _____

Città _____ **C.A.P.** _____ **Provincia** _____

Ditta di manutenzione ⁽⁵⁾ _____

_____ tel. _____

Dati per la fatturazione:

Partita IVA ⁽⁶⁾ _____ **Codice Fiscale** ⁽⁶⁾ _____

Denominazione e indirizzo ⁽⁷⁾ _____

Data _____

Firma

(1) Nome Cognome del proprietario o del legale rappresentante dell'impianto;

(2) indirizzo del proprietario o del legale rappresentante dell'impianto;

(3) barrare la voce che non interessa;

(4) ENPI, oppure ISPEL, oppure rilasciato dal Comune;

(5) denominazione, indirizzo, telefono;

(6) del condominio o del proprietario (società, ente, ecc.) dove è ubicato l'impianto;

(7) nel caso non si tratti di condominio.