

## MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' DPR 22/10/2001 N.462

PER NUOVO IMPIANTO A CURA DEL DATORE DI LAVORO

SOTTOPOSTO AGLI OBBLIGHI DEL DPR 547/55 IN PRESENZA DI LAVORATORI SUBORDINATI Art. 3

Il sottoscritto ..... in qualità di .....  
 della DITTA ..... Sede Sociale .....  
 Via ..... n ..... Cap ..... Tel .....  
 E-mail .....

invia DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' della Ditta Installatrice : .....

con sede .....  
 Via ..... Cap ..... Tel .....  
 E-mail .....

### Allegati obbligatori conservati presso Ditta Utente

- Messa a Terra  
 Protezione contro le scariche atmosferiche (Art. 38-39 DPR 547/55 - DPR 689/59)

### Allegati obbligatori conservati presso Ditta Utente

CITTA' .....  
 Via ..... Cap ..... Tel .....  
 E-mail .....

### TIPO DI IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:

- CANTIERE  
 OSPEDALE E CASE DI CURA  
 AMBULATORIO MEDICO  
 AMBULATORIO VETERINARIO  
 CENTRO ESTETICO  
 EDIFICIO SCOLASTICO  
 LOCALE PUBBLICO DI SPETTACOLO  
 STABILIMENTO INDUSTRIALE  
 ATTIVITA' AGRICOLA  
 ATTIVITA' COMMERCIALE  
 ILLUMINAZIONE PUBBLICA  
 IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO DI INCENDIO  
 TERZIARIO  
 ALTRO: SPECIFICARE ATTIVITA' .....
- Tipo Attività .....  
 Tipo Attività .....  
 Tipo Attività .....

Numero degli addetti .....

Verifica impianto Protezione contro i fulmini			
a) Parafulmini ad asta	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> n.
b) Parafulmini a gabbia	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> n.
N1 superficie Protetta		m <sup>2</sup>	.....
N2 superficie		m <sup>2</sup>	.....
c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> n.
d) Capannoni metallici per i quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> n.
e) Per cantieri Edili indicare il numero di strutture metalliche per le quali si chiede la verifica dell'impianto di protezione	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> n.

TIPO DI ALIMENTAZIONE	
Dalla rete B.T	<input type="checkbox"/>
Media Tensione	<input type="checkbox"/>
Alta Tensione	<input type="checkbox"/>
Imp. Produzione	<input type="checkbox"/>
Potenza installata kW	.....
N. Cabine di Trasformazione	.....
N. Dispensori	.....

Firma e Timbro del datore di Lavoro