

Carta intestata o timbro della Ditta richiedente
completi dei dati fiscali

All'Azienda Sanitaria di Nuoro
S.Pre.S.A.L.
Via Monsignor Cogoni n. 2
08100 NUORO

OGGETTO: modello di richiesta di verifica periodica del datore di lavoro
(da presentare alla sede ASL competente per territorio ove sono ubicate le attrezzature di lavoro
oggetto della richiesta di verifica)

Ai sensi dell'art. 71, comma 11, del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e del D.M. 11 aprile 2011, il/la
sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, in qualità
di Titolare/Datore di lavoro della Ditta _____ con sede legale in
_____ Prov. ____ Via _____
_____ chiede la verifica periodica (successiva alla prima) presso lo stabilimento/cantiere della
Ditta _____
con sede in _____ Prov. ____ Via _____
_____ n. ____ del/delle seguente/i attrezzature di lavoro:

tipo apparecchio (*)	Marca/Modello	Matricola ENPI / ANCC / ISPESL/ INAIL	Numero di fabbrica	Data scadenza verifica periodica

(*)indicare la tipologia di attrezzatura (es. gru a torre, gru su autocarro, piattaforma di lavoro elevabile, generatore di vapore etc.

Referente _____ tel. _____ fax _____ email: _____

Nominativo e indirizzo del soggetto abilitato individuato, ai sensi dell'art. 2 comma 2 D.M. 11/04/2011

(DA INDICARE OBBLIGATORIAMENTE): _____

DATI FISCALI

1. PARTITA IVA/CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. REGIME DI VERSAMENTO IVA

SPLIT PAYMENT

NON SPLIT PAYMENT

3. INDIRIZZO PEC

4. CODICE IPA (CODICE ALFANUMERICO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In caso di presenza di zero all'interno del codice, come carattere numerico, per differenziarlo dalla lettera "O", bisogna caratterizzarlo con una barra interna (es. Ø)

Il Titolare/Datore di Lavoro

(timbro e firma)

Data _____