



MODELLO DI RICHIESTA DI PRIMA VERIFICA PERIODICA
CARRELLI SEMOVENTI A BRACCIO TELESCOPICO

Spett.le INAIL
Settore Ricerca, Certificazione e Verifica
Dipartimento Territoriale di _____

N.B.: nel caso di carrello a braccio telescopico attrezzato con accessori/attrezzature intercambiabili per il sollevamento cose e/o persone non è necessario richiedere una verifica per ciascuna funzione, ma è sufficiente la richiesta per il solo carrello a braccio telescopico specificando le eventuali funzioni aggiuntive nell'apposita sezione.

Il sottoscritto.....nato a..... il.....
residente in..... vian.....
legale rappresentante della ditta¹
codice cliente INAIL
partita IVA..... codice fiscale.....
con sede sociale in.....prov.c.a.p.....
via n. tel.
esercente attività di
indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).....
ai sensi del D.M. 11 aprile 2011 e s.m.i.

RICHIEDE

LA PRIMA VERIFICA PERIODICA DELLA SEGUENTE ATTREZZATURA:

Matricola²

Richiesta immatricolazione

Costruttore:³

- Nazionalità: italiana estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

- partita IVA
- codice fiscale.....
- indirizzo
- numero civico
- CAP
- Comune

¹ inserire ragione sociale

² per i carrelli a braccio telescopico messi in servizio prima dell'entrata in vigore del D.M. 11 aprile 2011 (23 maggio 2012) la richiesta di verifica assolve anche all'obbligo di comunicazione di messa in servizio/immatricolazione e il presente campo non va compilato e va barrata la casella "richiesta immatricolazione"

³ inserire ragione sociale

- Provincia
- Telefono

Descrizione:

<input type="checkbox"/> carrello a braccio telescopico / sollevatore telescopico fisso
<input type="checkbox"/> carrello a braccio telescopico / sollevatore telescopico rotativo

- numero di fabbrica
- data costruzione
- macchina accompagnata da dichiarazione di conformità CE SI NO
- modello
- portata massima in Kg

Eventuali funzioni aggiuntive⁴:

sollevamento cose⁵

sollevamento persone⁶

Messo in servizio /Installato presso

- indirizzo
- numero civico
- CAP
- Comune

NOTE _____

Indicare nominativo soggetto abilitato:

Ragione sociale,.....
partita IVA/codice fiscale,.....

Si allega:

- Copia dichiarazione conformità CE
- Copia attestazione di conformità ai requisiti di sicurezza di cui all'allegato V del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.⁷

Il Legale Rappresentante

Data.....

.....
(Timbro e firma)

⁴ Si intendono le funzioni conferite da accessori e/o attrezzature intercambiabili effettivamente nella disponibilità del datore di lavoro al momento della richiesta.

⁵ Carrello attrezzato con gancio o altri organi che consentano la libera oscillazione del carico (cfr. punto 3 della circolare 18 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 23/05/2013).

⁶ Carrello attrezzato con cesta/piattaforma.

⁷ Solo per carrelli costruiti in assenza delle specifiche disposizioni legislative e regolamentari di recepimento delle direttive comunitarie di prodotto.