

## MODULO RICHIESTA DI VERIFICA

**1. Oggetto: RICHIESTA DI VERIFICA dell'Impianto di messa a Terra, dei dispositivi di Protezione contro le Scariche Atmosferiche e degli impianti elettrici collocati in luoghi con pericolo di esplosione secondo il D.P.R. 462/01.**

**2. Il sottoscritto:** ..... Datore di Lavoro/Incaricato dal DL/altro.....

- ☐ Richiede la verifica PERIODICA dell'Impianto di messa a Terra
- ☐ Richiede la verifica PERIODICA dei dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche
- ☐ Richiede la verifica PERIODICA dell'impianto elettrico collocato in luogo con pericolo di esplosione
- ☐ Richiede la verifica STRAORDINARIA dell'Impianto di messa a Terra
- ☐ Richiede la verifica STRAORDINARIA dei dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche
- ☐ Richiede la verifica STRAORDINARIA dell'impianto elettrico collocato in luogo con pericolo di esplosione

### 3. Dati azienda richiedente

|               |  |     |  |
|---------------|--|-----|--|
| Ditta         |  |     |  |
| Indirizzo     |  |     |  |
| Comune        |  | CAP |  |
| Referente     |  |     |  |
| Tel/fax/mail  |  |     |  |
| Partitiva iva |  |     |  |
| CF            |  |     |  |
| Codice SDI    |  |     |  |

### 4. Modalità di Pagamento richiesta

|                                            |                                            |                              |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rimessa Diretta   | <input type="checkbox"/> Assegno Circolare | <input type="checkbox"/> MAV |
| <input type="checkbox"/> Ricevuta Bancaria | <input type="checkbox"/> .....             |                              |

### 5. Caratteristica impianto

Ubicato presso..... in Via .....  
nel comune di ..... Prov. (.....)  
tipologia dell'attività.....

ATM

Tipologia di dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche:

.....

**MESSA A TERRA**

Realizzato presso:

- ☐ ambiente ordinario (verifica ogni 5 anni)
- ☐ luogo a maggior rischio in caso d'incendio (verifica ogni 2 anni)
- ☐ locale adibito ad uso medico (verifica ogni 2 anni)
- ☐ cantiere (verifica ogni 2 anni)
- ☐ luogo con pericolo di esplosione

Fornitura:..... ☐ BT ☐ MT ☐ AT

Sistema:..... ☐ TT ☐ TN-S ☐ TN-S ☐ IT

Potenza disponibile:

Altre informazioni:

**LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE**

*Per le verifiche di impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione l'articolo 296 del D. Lgs. 81/08, prescrive che le zone sottoposte a verifica biennale secondo il DPR 462/01 siano solo le zone 0, 1, 20 e 21; rimangono escluse le zone 2 e 22.*

Sostanze pericolose:.....

Tipologia di impianti presenti:

- ☐ Cabina di decompressione metano
- ☐ Stazioni di servizio – Distributori di carburante. Indicare il numero di colonnine.....
- ☐ Altro. Specificare la tipologia (es. depositi, produzione ecc).....
- Esistono denuncia ed omologazione dell'impianto? ☐ SI ☐ NO
- Esiste la dichiarazione di conformità rilasciata dall'installatore dell'impianto? ☐ SI ☐ NO
- Esiste una classificazione delle zone pericolose (tipo, forma e dimensioni, dati con le caratteristiche fisico-chimiche delle sostanze, dati sulle condizioni di temperatura e ventilazione dell'ambiente, individuazione delle sorgenti d'emissione)? ☐ SI ☐ NO
- Esistono procedure d'uso e manutenzione comprendenti un piano delle verifiche, programma e modalità di esecuzione? ☐ SI ☐ NO
- Esiste documentazione relativa agli interventi di manutenzione, ampliamento o trasformazione dell'impianto e della riparazione, revisione e ripristino delle apparecchiature? ☐ SI ☐ NO

Data: .....

L'amministrazione Richiedente

Timbro .....firma.....data: .....