Spett.le **ATS Val Padana**

**SS Impiantistica**

**Sede di Cremona, Via San Sebastiano, 14**

tel. 0372 497687

**Sede di Mantova, Via dei Toscani, 1**

tel. 0376 334262

**MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITA’**

# D.P.R. 22/10/2001 N° 462

PER INVIO A CURA DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto in qualità di

della Ditta: Sede Sociale

Via n.° Cap. Tel.

esercente l’attività di:

Partita IVA/CF. e-mail/pec

**INVIA COPIA DELLA DICHIARAZIONE DI CONFORMITA’/RISPONDENZA**

redatta dalla Ditta Installatrice/Tecnico:

con Sede Via

Tel. e-mail

* IMPIANTI ELETTRICI DI MESSA A TERRA
* DISPOSITIVI DI PROTEZIONE CONTRO LE SCARICHE ATMOSFERICHE
* IMPIANTI IN LUOGHI CON PERICOLO DI ESPLOSIONE

**UBICAZIONE E TIPOLOGIA DELL’IMPIANTO:**

Via: Città Cap Tel.

* CANTIERE (inserire n. notifica preliminare)
* OSPEDALE E CASE DI CURA
* AMBULATORIO MEDICO
* AMBULATORIO VETERINARIO
* CENTRO ESTETICO
* EDIFICIO SCOLASTICO
* LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
* STABILIMENTO INDUSTRIALE - Tipo attività
* ATTIVITA’ AGRICOLA - Tipo attività
* ATTIVITA’ COMMERCIALE - Tipo attività
* ILLUMINAZIONE PUBBLICA
* IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO D’INCENDIO - Tipo attività
* TERZIARIO - Tipo attività
* ARTIGIANATO - Tipo attività
* ALTRO: SPECIFICARE TIPO DI ATTIVITA’

**POTENZA IMPEGNATA KW**.....................

Si dichiara che gli allegati obbligatori previsti dal D.M. 37/08 sono conservati presso la Ditta utente

li

Firma e timbro del datore di lavoro