

**MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'**

**D.P.R. 22/10/2001 N° 462**  
**PER NUOVO IMPIANTO A CURA DEL DATORE DI LAVORO**

SOTTOPOSTO AGLI OBBLIGHI DEL D.P.R. 547/55 IN PRESENZA DI LAVORATORI SUBORDINATI Art. 3

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della DITTA \_\_\_\_\_ Sede Sociale in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
invia DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' della Ditta installatrice  
con Sede \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Allegati obbligatori conservati presso la Ditta utente:**

- Messa a terra
- Protezione contro le scariche atmosferiche (Art. 38-39 D.P.R. 547/55 – D.P.R. 689/59)
- Luoghi con pericolo di esplosione

**Ubicazione dell'impianto:**

CITTA' \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**TIPO D'IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:**

- CANTIERE - Data presumibile chiusura: .....
- OSPEDALE E CASE DI CURA
- AMBULATORIO MEDICO
- AMBULATORIO VETERINARIO
- CENTRO ESTETICO
- EDIFICIO SCOLASTICO
- LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
- STABILIMENTO INDUSTRIALE – Tipo di attività: .....
- ATTIVITA' AGRICOLA
- ATTIVITA' COMMERCIALE
- ILLUMINAZIONE PUBBLICA
- IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO - Tipo di attività: .....
- TERZIARIO - Tipo di attività: .....
- ALTRO - Tipo di attività: .....

**Numero degli addetti:**

Verifica impianto protezione contro i fulmini	TIPO DI ALIMENTAZIONE
a) Parafulmini ad asta .si <input type="checkbox"/> .no <input type="checkbox"/> ...n° _____	<input type="checkbox"/> Dalla rete B.T.
b) Parafulmini a gabbia...si <input type="checkbox"/> .no <input type="checkbox"/> ...n° _____	<input type="checkbox"/> Media tensione
N 1 superficie protetta.....mq _____	<input type="checkbox"/> Alta tensione
N 2 superficie.....mq _____	<input type="checkbox"/> Impianto di produzione autonoma
c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> .n° _____	Potenza installata KW .....
d) Capannoni ,metallici per i quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> .n° _____	N° Cabine di trasformazione .....
e) Per cantieri edili indicare il numero di strutture metalliche per le quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione dai fulmini n° .....	N° Dispersori .....

**N.B. IL PRESENTE MODELLO DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI**

- 1) Barrare le caselle che interessano
- 2) Scrivere in stampatello

\_\_\_\_\_  
Firma e timbro del datore di lavoro

(Il presente modello potrebbe presentare qualche variazione per accordi I.S.P.E.S.L. – Regioni)