

Spett.le I.S.P.E.S.L.

**MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ D.P.R. 22/10/2001 N° 462  
PER NUOVO IMPIANTO A CURA DEL DATORE DI LAVORO SOTTOPOSTO AGLI OBBLIGHI  
DEL D.P.R. 27/4/1955, N. 547 IN PRESENZA DI LAVORATORI SUBORDINATI Art. 3**

Il sottoscritto

in qualità di \_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_

con sede sociale in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

invia **DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ** della Ditta installatrice \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ 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:**

città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**Tipo di impianto soggetto a verifica:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CANTIERE - Data presumibile chiusura: _____ | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' AGRICOLA _____                             |
| <input type="checkbox"/> OSPEDALE E CASA DI CURA _____               | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' COMMERCIALE _____                          |
| <input type="checkbox"/> AMBULATORIO MEDICO _____                    | <input type="checkbox"/> ILLUMINAZIONE PUBBLICA _____                         |
| <input type="checkbox"/> AMBULATORIO VETERINARIO _____               | <input type="checkbox"/> IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO _____ |
| <input type="checkbox"/> CENTRO ESTETICO _____                       | Tipo di attività: _____   |
| <input type="checkbox"/> EDIFICIO SCOLASTICO _____                   | <input type="checkbox"/> TERZIARIO _____                                      |
| <input type="checkbox"/> LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO _____         | Tipo di attività: _____   |
| <input type="checkbox"/> STABILIMENTO INDUSTRIALE _____              | <input type="checkbox"/> ALTRO _____  |
| Tipo di attività: _____  | Tipo di attività: _____   |

**Numero degli addetti:** \_\_\_\_\_**VERIFICA IMPIANTO PROTEZIONE CONTRO I FULMINI**a) Parafulmini ad asta  sì  no n. \_\_\_\_\_b) Parafulmini a gabbia  sì  no n. \_\_\_\_\_

N 1 superficie protetta mq \_\_\_\_\_

N 2 superficie mq \_\_\_\_\_

c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali si richiede la verifica  
dell'impianto di protezione  sì  no n. \_\_\_\_\_d) Capannoni metallici per i quali si richiede la verifica  
dell'impianto di protezione  sì  no n. \_\_\_\_\_e) Per cantieri edili indicare il numero di strutture metalliche per le quali si richiede  
la verifica dell'impianto di protezione dai fulmini n. \_\_\_\_\_**TIPO DI ALIMENTAZIONE** Dalla rete B.T. \_\_\_\_\_ Media tensione \_\_\_\_\_ Alta tensione \_\_\_\_\_ Impianto di produzione autonoma \_\_\_\_\_

Potenza installata KW \_\_\_\_\_

N. Cabine di trasformazione \_\_\_\_\_

N. Dispensari \_\_\_\_\_

Firma e timbro del datore di lavoro