

OGGETTO: Questionario informativo

Con riferimento alla Vs richiesta di offerta per la effettuazione delle verifiche richieste dal DPR 462/01, Vi preghiamo voler fornire le informazioni di cui al presente questionario.

Anagrafica del richiedente

Ragione sociale:			
Sede sociale: Via		Cap:	Città/Prov:
Tel./Fax:	e-mail:		p.IVA
Attività:	<input type="checkbox"/> cantiere	<input type="checkbox"/> ambienti a maggior rischio in caso di incendio ⁽¹⁾	
	<input type="checkbox"/> locali adibiti ad uso medico ⁽²⁾ :	n°	nodi equipotenziali in locali di gruppo 1 ⁽³⁾
		n°	nodi equipotenziali in locali di gruppo 2 ⁽⁴⁾
		n°	quadri IT-M in locali di gruppo 2 ⁽⁴⁾
<input type="checkbox"/> altre attività:			

Luogo di installazione

Via	Cap:	Città/Prov /	Referente: Sig.
Tel./Fax:	e-mail:		

Verifica richiesta e caratteristiche impianti

IMPIANTO DI MESSA A TERRA

<input type="checkbox"/> denunciato asl/arpa/inail il / /			
<input type="checkbox"/> messo in esercizio il / / con dichiarazione di conformità/di rispondenza			data ultima verifica: / /
verifica richiesta:	<input type="checkbox"/> periodica	<input type="checkbox"/> straordinaria	
alimentazione:	<input type="checkbox"/> da rete BT	<input type="checkbox"/> autoproduzione	Potenza disponibile: kW
	<input type="checkbox"/> da rete MT	cabine MT/BT. n°	

IMPIANTO DI PROTEZIONE CONTRO LE SCARICHE ATMOSFERICHE

<input type="checkbox"/> denunciato asl/arpa/inail il / /			
<input type="checkbox"/> messo in esercizio il / / con dichiarazione di conformità/ di rispondenza			data ultima verifica: / /
verifica richiesta:	<input type="checkbox"/> periodica	<input type="checkbox"/> straordinaria	
strutture protette ⁽⁵⁾ :			periodicità verifiche: <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 5 anni
sistema di protezione: <input type="checkbox"/> LPS esterno a maglia; <input type="checkbox"/> LPS esterno ad asta o a fune			

IMPIANTO ELETTRICO IN LUOGHI CON PERICOLO DI ESPLOSIONE

<input type="checkbox"/> denunciato ad asl/arpa il / / ; <input type="checkbox"/> omologato da asl/arpa il / /					
Verifica richiesta: <input type="checkbox"/> periodica; <input type="checkbox"/> straordinaria ; Data ultima verifica / /					
Sostanze pericolose presenti nelle zone classificate	<input type="checkbox"/> Gas, Vapori, Nebbie:				
	<input type="checkbox"/> Polveri:				
	<input type="checkbox"/> Sostanze esplosive:				
Classificazione delle zone	Gas, Vapori, Nebbie	<input type="checkbox"/> zona 0	<input type="checkbox"/> zona 1	<input type="checkbox"/> zona 2	
	Polveri	<input type="checkbox"/> zona 20	<input type="checkbox"/> zona 21	<input type="checkbox"/> zona 22	
	Sost. esplosive	<input type="checkbox"/> zona C0Z0	<input type="checkbox"/> zona C0Z1	<input type="checkbox"/> zona C0Z2	<input type="checkbox"/> zona C0ZR

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03, **ATEF srl** garantisce la riservatezza dei dati forniti, che verranno utilizzati solo per gli scopi previsti per formulare la ns. offerta economica e faranno parte della banca dati di **ATEF srl**. Il Responsabile del trattamento dati è l'Amministratore Unico.

Data _____

Timbro e firma del committente

⁽¹⁾ Specificare: cinema, teatro, discoteca e locali di pubblico spettacolo in genere, albergo, ecc.

⁽²⁾ Specificare: ospedale, casa di cura, riabilitazione, fisioterapia, ambulatorio medico, centro di estetica, ecc.

⁽³⁾ p.e.: sala massaggi, degenza, sala parto, sala ECG, EEG, EHG, EMG, sala per diagnostica radiologica e per radioterapie.

⁽⁴⁾ p.e.: anestesia, chirurgia, applicazioni di cateteri cardiaci, cure intensive, esami angiografici ed emodinamici, sala prematuri, endoscopie.

⁽⁵⁾ Indicare tipo, numero e dimensioni.