

**AZIENDA RICHIEDENTE**

Azienda:		P. IVA:
Indirizzo:		
Referente:	Telefono:	E-mail:
Recapito amministrativo (e-mail):		SDI
Dati Bancari	ABI	CAB
<b>SITO PRODUTTIVO (se diverso dalla sede indicata sopra)</b>		
Azienda:		
Indirizzo:		
Referente:	Telefono:	E-mail:

**DATI DELL'ATTREZZATURA / INSIEME**

Famiglia / Modello:	CLASSIFICAZIONE	
NF o matricola:	<input type="checkbox"/> RECIPIENTE	<input type="checkbox"/> INSIEME (*)
	<input type="checkbox"/> GENERATORE DI VAPORE (*)	<input type="checkbox"/> TUBAZIONE
	<input type="checkbox"/> ACCESSORI A PRESSIONE	<input type="checkbox"/> ACCESSORI DI SICUREZZA
Norma / Codice:	Stato del fluido:	<input type="checkbox"/> GASSOSO <input type="checkbox"/> LIQUIDO
Pressione massima, PS:	Gruppo del fluido:	<input type="checkbox"/> 1 (pericoloso) <input type="checkbox"/> 2 (non pericoloso)
Temperatura min/max, TS:	Categoria di rischio:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Volume totale / DN:	Tabella:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
Modulo di valutazione:	<input type="checkbox"/> A2 (**) <input type="checkbox"/> B di produzione <input type="checkbox"/> B di progetto <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H1	

(\*) Se richiesto all'O.N. di dare evidenza dell'esenzione dalla verifica di messa in servizio ai sensi dell'Art. 5 comma 1 lettera d) del D.M. 01.12.2004 n° 329, evidenziarlo con spunta nel seguente riquadro ; I-WELD ne valuterà l'applicabilità e in caso di esito negativo lo comunicherà al richiedente.

(\*\*) Specificare, sulle righe "NF o matricola" se si tratta di esemplare unico, numero di esemplari limitato (indicare quanti) o di serie illimitata.

**PERSONALE** (solo per i moduli di qualità D, D1, E, E1, H1)

Nr. addetti full-time:	Altre risorse (liberi professionisti, subappalti, ecc.) coinvolte nello scopo di certificazione:	
Nr. addetti part-time:		
Nr. addetti stagionali:	Altre sedi operative oggetto di verifica (specificare Nr. addetti / Nr. turni di lavoro):	
Nr. turni:	NOTE:	Progettazione:
Nr. addetti per turno:		<input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/> N.A.

Si prega il richiedente di allegare bozza del disegno dell'insieme/attrezzatura a pressione da certificare.

Data

Timbro e firma