

**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 (**)<br><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:<br><input type="checkbox"/> Interna<br><input type="checkbox"/> Esterna<br><input type="checkbox"/> N.A. |
| Nr. addetti per turno:  |  |   |

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

Data

Timbro e firma