

Carta intestata del soggetto  
abilitato richiedente

Alla Regione Campania  
A.G.C. 20 Isola C/3  
80143 Napoli

**Oggetto:**

Oggetto: Domanda di iscrizione nell'elenco regionale dei soggetti abilitati, pubblici o privati per l'effettuazione delle verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro del DM 11.04.2011.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ titolare o legale  
rappresentante della (ragione sociale) \_\_\_\_\_  
con sede in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Vista l'abilitazione rilasciata con decreto dirigenziale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ del Direttore Generale della Tutela delle Condizioni di Lavoro del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e del Direttore Generale per il Mercato, la Concorrenza, il Consumatore, la Vigilanza e la Normativa Tecnica del Ministero dello sviluppo economico, di cui al D.M. 11.04.2011 Allegato III punto 3.7,

**CHIEDE**

di essere iscritto nell'elenco regionale dei soggetti abilitati, pubblici o privati di cui le ASL della Regione Campania possono avvalersi per l'effettuazione delle verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro ai sensi dell'articolo 1 del DM 11.04.2011, come previsto dal Decreto Dirigenziale n. .... del ....., della Regione Campania per le tipologie di attrezzature di lavoro previste dall'Allegato II del DM 11.04.2011.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Titolare o Legale Rappresentante  
(firma e timbro)

\_\_\_\_\_

Allegati:

- Allegato A)
- Allegato B)

**Allegato A) - Domanda di iscrizione nell'elenco della Regione Campania dei soggetti abilitati, pubblici o privati per l'effettuazione delle verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro del DM 11.04.2011.**

Si indicano le Aziende Sanitarie per le quali si intende svolgere l'attività delle verifiche (art. 2 comma 2 DM 11.04.2011: (barrare la casella che interessa)

ASL Regione Campania	GRUPPO SC					GRUPPO SP						GRUPPO GVR						
	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	f	a1	a2	a3	a4	a5	a6	b
ASL NA1																		
ASL NA2																		
ASL NA3																		
ASL AV																		
ASL BN																		
ASL CE																		
ASL SA																		

**Legenda:**

Gruppo SC - Apparecchi di sollevamento materiali non azionati a mano ed idroestrattori a forza centrifuga	Gruppo SP - Sollevamento persone	Gruppo GVR - Gas, Vapore, Riscaldamento
a) Apparecchi mobili di sollevamento materiali di portata superiore a 200 kg	a) Scale aree ad inclinazione variabile	a1. Recipienti contenenti fluidi con pressione maggiore di 0,5 bar
b) Apparecchi trasferibili di sollevamento materiali di portata superiore a 200 kg	b) Ponti mobili sviluppabili su carro ad azionamento motorizzato	a2. Generatori di vapor d'acqua
c) Apparecchi fissi di sollevamento materiali di portata superiore a 200 kg	c) Ponti mobili sviluppabili su carro a sviluppo verticale azionati a mano	a3. Generatori di acqua surriscaldata
d) Carrelli semoventi a braccio telescopico	d) Ponti sospesi e relativi argani	a4. Tubazioni contenenti gas, vapori e liquidi
e) Idroestrattori a forza centrifuga	e) Piattaforme di lavoro autosollevanti su colonne	a5. Generatori di calore alimentati da combustibile solido, liquido o gassoso per impianti centrali di riscaldamento utilizzando acqua calcia sotto pressione con temperatura dell'acqua non superiore alla temperatura di ebollizione alla pressione atmosferica, aventi potenzialità globale dei focolai superiori a 116 kW
	f) Ascensori e montacarichi da cantiere	a6. Forni per le industrie chimiche e affini
		b) Insiemi: assemblaggi di attrezzature da parte di un costruttore certificati CE come insiemi secondo il decreto legislativo n. 93 del 25 febbraio 2000 .

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Titolare o Legale Rappresentante  
(firma e timbro)

\_\_\_\_\_

**Allegato B)**

**Domanda di iscrizione nell'elenco della Regione Campania, dei soggetti abilitati, pubblici o privati per l'effettuazione delle verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro del DM 11.04.2011.**

**Responsabile tecnico**

Nome e cognome	Telefono	Fax	e-mail

**Sostituto del Responsabile tecnico**

Nome e cognome	Telefono	Fax	e-mail

**Nominativi dei verificatori, presenti nell'organigramma regionale approvato dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
(barrare la casella che interessa)**

Nome e cognome	GRUPPO SC					GRUPPO SP						GRUPPO GVR						
	a	b	C	d	e	a	b	c	d	e	f	a1	a2	a3	a4	a5	a6	b

(CONTINUA)



	su colonne	solido, liquido o gassoso per impianti centrali di riscaldamento utilizzando acqua calda sotto pressione con temperatura dell'acqua non superiore alla temperatura di ebollizione alla pressione atmosferica, aventi potenzialità globale dei focolai superiori a 116 kW
	f) Ascensori e montacarichi da cantiere	a6. Forni per le industrie chimiche e affini
		b) Insiemi: assemblaggi di attrezzature da parte di un costruttore certificati CE come insiemi secondo il decreto legislativo n. 93 del 25 febbraio 2000 .

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Titolare o Legale Rappresentante  
(firma e timbro)

\_\_\_\_\_