

RACCOMANDATA A.R.

Spett. **ASP di Potenza**
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. P.P.I.L.L.
Via Ciccotti - 85100 POTENZA
Tel 0971/310338- - Fax 0971/310340

Oggetto: *Ascensore* _____ *Data collaudo* _____
Ditta Costruttrice: _____ *n° di fabbrica* _____
Installato in: _____
Ditta Manutrice: _____
Amministrazione/Proprietà: _____

A nome e per conto della proprietà dello stabile, con la presente si chiede di voler procedere ad effettuare entro le scadenze previste dalla Legge di verifiche periodiche all'ascensore in oggetto, così come previsto dall'art. 13 del DPR 30 aprile 1999 n° 162.

Al corrente che le verifiche sono a titolo oneroso con tariffe stabilite dalla Regione Basilicata, si forniscono i numeri di Codice Fiscale e/o di Partita Iva

C.F. _____ P.I. _____

In attesa di riscontro scritto entro 30 giorni, per accettazione dell'incarico, si porgono distinti saluti.

Data _____ Timbro e Firma _____

Si allega:

- Copia verbale collaudo
- Certificato CE

(parte riservata all'Azienda U.S.L.)

Per accettazione dell'incarico da parte dell'U.O. P.P.I.L.L. - A.S. USL n.2 di Potenza

Protocollo: _____

Data: _____ Timbro e Firma _____