

CARTA INTESTATA
O TIMBRO

**SPETT.LE DIPARTIMENTO INAIL
DI BOLOGNA**

Via Gramsci 4 - 40121 Bologna

bologna-ricerca@postacert.inail.it

**SPETT.LE AZIENDA USL DI MODENA
SERVIZIO IMPIANTISTICO ANTINF.**

Strada Martiniana, 21- 41126 Modena

dsp@pec.ausl.mo.it

OGGETTO: COMUNICAZIONE DI ESONERO DALLE VERIFICHE PER DECLASSAMENTO

IN OSSERVANZA AL D.M.11.04.2011, ALLEGATO II°, PUNTO 5.3.3

La/il sottoscritta/o _____ in qualità di **Datore di lavoro/Delegato D.d.I.**

della Ditta _____

con sede sociale nel comune di _____ CAP _____

Via (Località) _____ n° _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

PEC _____ e-mail _____

DICHIARA DI AVERE DECLASSATO ALLA PORTATA DI Kg. _____ Kg ≤ 200

IL SEGUENTE APPARECCHIO DI SOLLEVAMENTO: _____

MATRICOLA INAIL: _____ MARCA: _____

MODELLO/TIPO: _____ N.F. _____

Installato nel reparto: _____

con sede stabilimento nel comune di _____ CAP _____

Via (Località) _____ n° _____

DICHIARA

che l'apparecchio è utilizzato esclusivamente per il sollevamento/trasporto di carichi ≤ Kg _____
per i seguenti motivi che ne hanno determinato il declassamento e l'esonero dalle verifiche periodiche:

SI IMPEGNA

a rispettare e fare rispettare il valore di portata massima indicato e a richiedere tempestivamente la verifica periodica in caso di riclassificazione della portata massima a valori superiori a Kg. 200.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA DELLE SANZIONI DI LEGGE PER LE DICHIARAZIONI MENDACI.

FIRMA

LUOGO _____

DATA: _____