



**QUESTIONARIO INFORMATIVO PER VERIFICHE SU IMPIANTI ELETTRICI AI SENSI
DEGLI ARTT. 4 E 6 DEL DPR 462/2001**

DATI IDENTIFICATIVI DITTA/SOCIETÀ RICHIEDENTE L'OFFERTA

Nome Ditta/Società:		
Indirizzo Sede Sociale:		CAP:
Città:		Prov.:
Persona riferimento/Amministratore:		Tel.:
Partita IVA/C.F.:		Codice identificativo SDI:
e-mail:	PEC:	Fax:
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ COMMERCIALI, SUPERMERCATI, MAGAZZINI	<input type="checkbox"/> TERZIARIO, ATTIVITÀ ARTIGIANALI	<input type="checkbox"/> INDUSTRIA LEGGERA
<input type="checkbox"/> ALBERGHI, UFFICI, SCUOLE, PALAZZI PUBBLICI	<input type="checkbox"/> STRUTTURE SANITARIE (OSPEDALI, AMBULATORI, STUDI MEDICI)	<input type="checkbox"/> INDUSTRIA (CHIMICO, FARMACEUTICO, PETROLCHIMICO)
ALTRE ATTIVITÀ:		

SITO PER CUI SI RICHIEDE LA VERIFICA (in caso di più siti compilare l'ALLEGATO A)

Città:	Superficie sito:
Indirizzo:	

TIPO VERIFICA

<input type="checkbox"/> di terra	<input type="checkbox"/> di protezione contro le scariche atmosferiche	<input type="checkbox"/> installato in luoghi con pericolo di esplosione
-----------------------------------	--	--

SOLO PER IMPIANTI DI TERRA

Tensione di alimentazione [V]:	Potenza totale installata [KW]:
N° cabine di trasformazione/ricezione (se presenti):	
PERIODICITÀ DELLA VERIFICA <input type="checkbox"/> 2 ANNI <input type="checkbox"/> 5 ANNI	DATA ULTIMA VERIFICA O SCADENZA VERIFICA

SOLO PER IMPIANTI DI PROTEZIONE CONTRO LE SCARICHE ATMOSFERICHE

Tipo di captatori impiegati: <input type="checkbox"/> Aste <input type="checkbox"/> Funi <input type="checkbox"/> Maglia <input type="checkbox"/> Combinazione dei precedenti elementi	
Estensione della superficie protetta [m ²]:	
PERIODICITÀ DELLA VERIFICA <input type="checkbox"/> 2 ANNI <input type="checkbox"/> 5 ANNI	DATA ULTIMA VERIFICA O SCADENZA VERIFICA

SOLO PER IMPIANTI IN LUOGHI CON PERICOLO DI EPLOSIONE

Superficie TOTALE aree classificate [m ²]:
--

Esiste una società/libero professionista a cui sono state affidate attività di consulenza in ambito di salute e sicurezza sul lavoro e/o attività di progettazione, installazione, manutenzione? Sì No

Se sì, compilare i campi sottostanti:

consulenza in ambito di salute e sicurezza sul lavoro attività di progettazione, installazione, manutenzione

Nome società/libero professionista:

Nominativi personale che ha effettuato attività:

NOTA: Il nome del libero professionista/società di consulenza permette a RINA di evitare possibili conflitti di interesse nello svolgimento dell'attività di ispezione. In caso di mancata compilazione RINA considererà le figure richieste non presenti.

Il presente questionario può essere inviato all'indirizzo **verifiche.elettriche@rina.org** o via fax all'ufficio più vicino.

Luogo _____, il _____	<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (Specificare il nome e la funzione)</p> _____
-----------------------	--

ALLEGATO A - MODULO PER AZIENDE MULTISITO: SITI PRODUTTIVI ATTUALMENTE OPERATIVI

Nome Ditta/Società:

1 - TIPO VERIFICA

- A > VERIFICA IMPIANTO DI PROTEZIONE CONTRO LE SCARICHE ATMOSFERICHE
- B > VERIFICA IMPIANTO DI TERRA
- C > IMPIANTO IN LUOGO CON PERICOLO DI ESPLOSIONE

(1) Tipo Verifica	Indirizzo (città - indirizzo - n. civ. - cap)	Attività svolta in sito	Periodi. verifica [anni]	Tensione [V]	Potenza Totale install. [kW]	Superficie zona protetta o classificata [m ²]