



VERIFICHE PERIODICHE SU ATTREZZATURE DA LAVORO

VERIFICHE IMPIANTI DI MESSA A TERRA

## RICHIESTA PREVENTIVO

PER LA VERIFICA PERIODICA O STRAORDINARIA DEGLI IMPIANTI ELETTRICI AI SENSI DEL DPR 462/01

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della ditta \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
attività azienda \_\_\_\_\_

## RICHIEDE PREVENTIVO

a **V.E.M. S.r.l.**, Organismo abilitato dal Ministero dello Sviluppo Economico come Organismo di Ispezione di tipo "A" per le verifiche periodiche e straordinarie sugli impianti elettrici secondo quanto previsto dal DPR 462/01 (Decreto di abilitazione del 15/04/2015), per l'esecuzione delle verifiche presso il seguente impianto:

Ragione sociale \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_  
Attività svolta \_\_\_\_\_

e dichiara che l'impianto, per il quale è richiesto il preventivo, presenta le seguenti caratteristiche:

## TIPOLOGIA AMBIENTE

- Ambiente ordinario       Ambiente con presenza di luoghi a maggior rischio in caso d'incendio (Ma.R.C.I.) o comunque soggetti a Certificato Prevenzione Incendi (C.P.I.)
- Cantiere       Ambiente con presenza di luoghi di lavoro a rischio esplosione
- Ambiente con presenza di luoghi adibiti ad uso medico o estetico.  
Sono presenti locali adibiti a chirurgia, anestesia, sorveglianza e terapia intensiva o classificati come locali di gruppo 2:       Sì       No

Altro \_\_\_\_\_



### DATI TECNICI RELATIVI ALL'IMPIANTO

Tipologia impianto	<input type="checkbox"/> Bassa tensione	<input type="checkbox"/> Media tensione	<input type="checkbox"/> Alta tensione
Superficie totale dell'immobile	_____		
Tensione di alimentazione dell'impianto elettrico	_____		
Numero contatori elettrici (solo nel caso di impianti BT)	_____	Potenza disponibile (per ogni contatore elettrico)	_____
Numero punti di consegna dell'Ente Fornitore (solo nel caso di impianti MT/AT)	_____	Potenza disponibile (per ogni punto di consegna)	_____
Numero cabine di trasformazione (solo nel caso di impianti MT/AT)	_____		
Numero di quadri elettrici esistenti	_____		
Numero e tipologia impianti ascensori	_____		
Data scadenza ultima verifica	_____		
Altro	_____		

### IMPIANTO DI PROTEZIONE CONTRO LE SCARICHE ATMOSFERICHE

È presente un documento di valutazione contro il rischio dovuto alle scariche atmosferiche, realizzato secondo la Norma CEI 81-10 (Norme EN/IEC 62305)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
In caso affermativo:		
• All'interno del documento, in corrispondenza delle conclusioni, è riportato che la struttura in oggetto risulta <b>autoprotetta</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• È presente un impianto di protezione contro le scariche atmosferiche	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Superficie totale dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche	_____	

Al fine di ricevere una corretta quotazione dell'offerta, qualora fosse possibile, allegare al seguente modulo quanto di seguito indicato:

- Copia dell'ultima fattura dell'energia elettrica
- Copia del verbale di verifica precedente