

Spett.le
A S P
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. P.P.I.L.L.
Via Ciccotti – 85100 POTENZA
Tel. 0971/310338
Pec: **protocollo@pec.aspbasilicata.it**
e-mail: **lucia.villano@aspbasilicata.it**

Oggetto: *Ascensore* _____ *data collaudo* _____

Ditta costruttrice _____ *n° fabbrica* _____

Installato in _____

Ditta manutentrica: _____

Amministrazione/Proprietà: _____

A nome e per conto della proprietà dello stabile, con la presente si chiede di voler procedere ad effettuare la verifica periodica dell'ascensore in oggetto, così come previsto dall'art. 13 del DPR 30.04.1999 n. 162 e s.m.i..

Al corrente che la verifica è a titolo oneroso con tariffe stabilite dalla Regione Basilicata, si forniscono i numeri di codice Fiscale e/o Partita IVA

C.F.: _____ P.IVA _____

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

Data _____ Firma _____

Si allega:

- Copia verbale collaudo
- Certificato CE
- Copia verbale ultima verifica

(parte riservata all'ASP)

Per accettazione dell'incarico da parte dell'U.O.C. P.P.I.L.L. – ASP

Protocollo _____

Data: _____ Timbro e Firma _____