

Richiesta di verifica periodica di complessi di distribuzione carburanti per autotrazione**Titolare dello Strumento:**

Denominazione : _____

Impianto con sede nel comune di : _____

In via : _____ Colori : _____

Gestito dalla ditta: _____

C .F./P.I. : _____ n° rea : _____

N° telefonico : _____ FAX : _____ e-mail : _____

Motivo della richiesta:

Intervento di riparazione che ha comportato la rimozione di uno o più sigilli metrici (*) <input type="checkbox"/>	A seguito messa in servizio nuovo dispositivo <input type="checkbox"/>	Decorrenza dei termini richiesti per la verifica biennale <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Richiede verifica periodica per i seguenti strumenti:

Identificativo (matricola)	Marca	Modello	Portata n pistole	Prodotto erogato	Certificato tipo CE e Data Sheet	Approvazione di tipo
					<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
					<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
					<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
					<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
					<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
					<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
					<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
					<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
					<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale

Eventuali dispositivi di pre/post pagamento asserviti di cui si richiede verifica periodica

Identificativo (matricola)	Marca	Modello	Approvazione di tipo
			<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
			<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
			<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale
			<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Nazionale

(*) Nel caso di rimozione di sigilli metrici riportare le seguenti informazioni ed allegare il rapporto di intervento rilasciato dalla ditta di manutenzione.

Identificativo (matricola)	Descrizione intervento	Quantità, tipo e identificativo sigilli apposti

Data richiesta	FIRMA UTENTE	Data accettazione	FIRMA RESP.TECNICO
----------------	--------------	-------------------	--------------------