

**Dati richiedente / intestatario del contratto**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della Ditta/Impresa/Società \_\_\_\_\_  
sita in \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ P.IVA/C. Fisc. \_\_\_\_\_ Cod. SDI \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**richiede alla Heading srl l'offerta per l'esecuzione di:**

- verifica periodica con periodicità <sup>(1)</sup>  biennale  quinquennale  
 verifica straordinaria a seguito di:  modifica sostanziale dell'impianto  esito negativo precedente verifica  
 richiesta del datore per motivi diversi dai precedenti

**di:**

- impianto di terra - Area 2 – alimentati fino a 1000V  impianto di terra - Area 3 – alimentati oltre 1000V  
 impianti installati in luoghi con pericolo di esplosione - Area 4  
 dispositivi di protezione delle scariche atmosferiche - Area 1  
 N. parafulmini ad asta \_\_\_\_\_  N. strutture metalliche fuori terra \_\_\_\_\_  parafulmine a gabbia di m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Ubicazione impianto** (per la richiesta di verifica su più impianti compilare la pagina 2)

Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Responsabile impianto / persona da contattare \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Tipo di attività**

- Locale ad uso medico (es. studio medico, centro estetico, ambulatorio veterinario, clinica privata)  Uffici  
 Impianto di produzione energia elettrica  Attività commerciale  Stabilimento industriale  Cantiere  
 altro \_\_\_\_\_

**Informazioni aggiuntive impianto**

Tensione di alimentazione  Bassa Tensione (fino a 1000V)  Media Tensione (da 1000V a 30kV)  Alta Tensione (oltre 30kV)  
Anno installazione impianto \_\_\_\_\_ Attività soggetta a certificato prevenzione incendi  sì  no  
<sup>(2)</sup> Potenza installata \_\_\_\_\_ kW Progettista dell'impianto \_\_\_\_\_

**Informazioni commerciali**

Origine del contatto  Sito web  Segnalazione altra azienda  Segnalazione RSPP  Altro

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

<sup>(1)</sup> Biennale nel caso di cantieri, locali adibiti ad uso medico, ambienti a maggior rischio in caso di incendio secondo normativa vigente.

<sup>(2)</sup> Dato indicato nella bolletta della fornitura di energia elettrica come potenza disponibile. Allegarla, se possibile, al presente modulo.

spazio riservato a Heading

compilato in intervista telefonica

INVIARE IL PRESENTE MODULO ALL'INDIRIZZO EMAIL [verifiche@heading.it](mailto:verifiche@heading.it) O VIA FAX 0744 800497

<b>1</b>	Indirizzo impianto _____ Area di verifica <input type="checkbox"/> 1 per <input type="checkbox"/> N. aste _____ <input type="checkbox"/> N. strutture metalliche fuori terra _____ <input type="checkbox"/> gabbia di m <sup>2</sup> _____ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Tensione di alimentazione <input type="checkbox"/> BT (fino a 1000V) <input type="checkbox"/> MT (da 1000V a 30kV) <input type="checkbox"/> AT (oltre 30kV) Anno installazione impianto _____ Attività soggetta a certificato prevenzione incendi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Potenza installata _____ kW Progettista dell'impianto _____ Tipo di attività <sup>(3)</sup> _____ Periodicità della verifica <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 5 anni
<b>2</b>	Indirizzo impianto _____ Area di verifica <input type="checkbox"/> 1 per <input type="checkbox"/> N. aste _____ <input type="checkbox"/> N. strutture metalliche fuori terra _____ <input type="checkbox"/> gabbia di m <sup>2</sup> _____ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Tensione di alimentazione <input type="checkbox"/> BT (fino a 1000V) <input type="checkbox"/> MT (da 1000V a 30kV) <input type="checkbox"/> AT (oltre 30kV) Anno installazione impianto _____ Attività soggetta a certificato prevenzione incendi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Potenza installata _____ kW Progettista dell'impianto _____ Tipo di attività <sup>(3)</sup> _____ Periodicità della verifica <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 5 anni
<b>3</b>	Indirizzo impianto _____ Area di verifica <input type="checkbox"/> 1 per <input type="checkbox"/> N. aste _____ <input type="checkbox"/> N. strutture metalliche fuori terra _____ <input type="checkbox"/> gabbia di m <sup>2</sup> _____ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Tensione di alimentazione <input type="checkbox"/> BT (fino a 1000V) <input type="checkbox"/> MT (da 1000V a 30kV) <input type="checkbox"/> AT (oltre 30kV) Anno installazione impianto _____ Attività soggetta a certificato prevenzione incendi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Potenza installata _____ kW Progettista dell'impianto _____ Tipo di attività <sup>(3)</sup> _____ Periodicità della verifica <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 5 anni
<b>4</b>	Indirizzo impianto _____ Area di verifica <input type="checkbox"/> 1 per <input type="checkbox"/> N. aste _____ <input type="checkbox"/> N. strutture metalliche fuori terra _____ <input type="checkbox"/> gabbia di m <sup>2</sup> _____ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Tensione di alimentazione <input type="checkbox"/> BT (fino a 1000V) <input type="checkbox"/> MT (da 1000V a 30kV) <input type="checkbox"/> AT (oltre 30kV) Anno installazione impianto _____ Attività soggetta a certificato prevenzione incendi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Potenza installata _____ kW Progettista dell'impianto _____ Tipo di attività <sup>(3)</sup> _____ Periodicità della verifica <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 5 anni
<b>5</b>	Indirizzo impianto _____ Area di verifica <input type="checkbox"/> 1 per <input type="checkbox"/> N. aste _____ <input type="checkbox"/> N. strutture metalliche fuori terra _____ <input type="checkbox"/> gabbia di m <sup>2</sup> _____ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Tensione di alimentazione <input type="checkbox"/> BT (fino a 1000V) <input type="checkbox"/> MT (da 1000V a 30kV) <input type="checkbox"/> AT (oltre 30kV) Anno installazione impianto _____ Attività soggetta a certificato prevenzione incendi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Potenza installata _____ kW Progettista dell'impianto _____ Tipo di attività <sup>(3)</sup> _____ Periodicità della verifica <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 5 anni

1) Locale ad uso medico (es. studio medico, centro estetico, ambulatorio veterinario, clinica privata) 2) Uffici  
 3) Impianto di produzione energia elettrica 4) Attività commerciale 5) Stabilimento industriale 6) Cantiere 7) Altro