

**MODELLO DI RICHIESTA DI PRIMA VERIFICA PERIODICA**  
CARRELLI SEMOVENTI A BRACCIO TELESCOPICO

**Spett.le INAIL**  
**Unità Operativa Territoriale di**

---

**N.B.: nel caso di carrello a braccio telescopico attrezzato con accessori/attrezzature intercambiabili per il sollevamento cose e/o persone non è necessario richiedere una verifica per ciascuna funzione, ma è sufficiente la richiesta per il solo carrello a braccio telescopico specificando le eventuali funzioni aggiuntive nell'apposita sezione.**

**Il sottoscritto** ..... nato a ..... il .....  
residente in ..... via ..... n. ....  
legale rappresentante della ditta<sup>1</sup> .....  
codice cliente INAIL .....  
partita IVA ..... codice fiscale .....  
con sede sociale in ..... prov. .... c.a.p. ....  
via ..... n. .... tel. ....  
**esercente attività di** .....  
indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) .....  
ai sensi del D.M. 11 aprile 2011 e s.m.i.

**RICHIEDE**

**LA PRIMA VERIFICA PERIODICA DELLA SEGUENTE ATTREZZATURA:**

**Matricola**<sup>2</sup> .....

**Richiesta immatricolazione**

**Costruttore**<sup>3</sup> .....

- Nazionalità:  italiana  estera

In caso di nazionalità italiana compilare anche i seguenti campi:

- partita IVA .....
- codice fiscale .....
- indirizzo .....
- numero civico .....
- CAP .....
- Comune .....
- Provincia .....

---

<sup>1</sup> inserire ragione sociale

<sup>2</sup> per i carrelli a braccio telescopico messi in servizio prima dell'entrata in vigore del D.M. 11 aprile 2011 (23 maggio 2012) la richiesta di verifica assolve anche all'obbligo di comunicazione di messa in servizio/immatricolazione e il presente campo non va compilato e va barrata la casella "richiesta immatricolazione"

<sup>3</sup> inserire ragione sociale

- Telefono .....

**Descrizione:**

<input type="checkbox"/> carrello a braccio telescopico / sollevatore telescopico fisso
<input type="checkbox"/> carrello a braccio telescopico / sollevatore telescopico rotativo

- numero di fabbrica .....
- data costruzione .....
- macchina accompagnata da dichiarazione di conformità CE SI NO
- modello .....
- portata massima in Kg .....

**Eventuali funzioni aggiuntive<sup>4</sup>:**

sollevamento cose<sup>5</sup>

sollevamento persone<sup>6</sup>

**Messo in servizio /Installato presso**

- indirizzo .....
- numero civico .....
- CAP .....
- Comune .....

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indicare nominativo soggetto abilitato:**

Ragione sociale .....,.....  
partita IVA/codice fiscale .....,.....

Si allega:

- Copia dichiarazione conformità CE
- Copia attestazione di conformità ai requisiti di sicurezza di cui all'allegato V del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.<sup>7</sup>

Il Legale Rappresentante

Data.....  
.....  
(Timbro e firma)

<sup>4</sup> Si intendono le funzioni conferite da accessori e/o attrezzature intercambiabili effettivamente nella disponibilità del datore di lavoro al momento della richiesta.

<sup>5</sup> Carrello attrezzato con gancio o altri organi che consentano la libera oscillazione del carico (cfr. punto 3 della circolare 18 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 23/05/2013).

<sup>6</sup> Carrello attrezzato con cesta/piattaforma.

<sup>7</sup> Solo per carrelli costruiti in assenza delle specifiche disposizioni legislative e regolamentari di recepimento delle direttive comunitarie di prodotto.