

Modalità di possibile invio:

ALLEGATO A)

- E-mail : [prevenzione.chieti@asl2abruzzo.it](mailto:prevenzione.chieti@asl2abruzzo.it)
- Posta certificata PEC [prevenzione.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:prevenzione.chieti@pec.asl2abruzzo.it)
- Fax Servizio PSAL : 0871358845
- Raccomandata AR

(FAC- SIMILE SU CARTA INTESTATA DEL SOGGETTO ABILITATO, PUBBLICO O PRIVATO)

**ISTANZA PER L'ISCRIZIONE DEL SOGGETTO ABILITATO, PUBBLICO O PRIVATO  
NELL'ELENCO ISTITUITO PRESSO LA ASL N. 2 LANCIANO VASTO CHIETI  
(per le finalità di cui all'art. 71 C. 12 del D.Lgs 81/08 e s.m.i.)**

Spett.le **ASL LANCIANO VASTO CHIETI**  
**Servizio Prevenzione e Sicurezza**  
**Ambienti di Lavoro**  
**Via N. Nicolini**  
**66100 CHIETI**

Il sottoscritto.....nato a.....il.....  
 residente in .....Via.....n.....  
 Titolare/legale rappresentante della..... con sede in.....  
 Via.....n.....tel/fax.....e-mail.....  
 Vista l'autorizzazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. ....del.....

**CHIEDE**

di essere iscritto nell'elenco di questa ASL dei soggetti abilitati pubblici o privati per l'effettuazione delle verifiche periodiche sulle attrezzature di lavoro ai sensi dell'Art. 1, e precisamente per le attrezzature sotto riportate:

(barrare la casella che interessa)

GRUPPO SC					GRUPPO SP							GRUPPO GVR					
a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	f	a1	a2	a3	a4	a5	a6	b

**Responsabile tecnico**

Nome e cognome	Telefono	Fax	e-mail
----------------	----------	-----	--------

**Sostituto del Responsabile tecnico**

Nome e cognome	Telefono	Fax	e-mail
----------------	----------	-----	--------

**Nominativi dei verificatori presenti nell'organigramma regionale approvato dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale**  
 (barrare la casella che interessa)

Nome e Cognome	GRUPPO SC					GRUPPO SP						GRUPPO GVR						
	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	f	a1	a2	a3	a4	a5	a6	b

Il Titolare o Legale Rappresentante  
(firma e timbro)

---