

**AI SINDACO del
Comune di Medicina**

COMUNICAZIONE MESSA IN ESERCIZIO ASCENSORE / MONTACARICHI (D.P.R. 162/99 art. 12)

(Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/03 art.13, i dati che seguono verranno utilizzati al solo fine degli adempimenti di Legge)

I ____ Sottoscritt _____

nat a _____ il _____

Residente in _____ prov. _____

Via/piazza _____ n. _____

Codice fiscale e/o p. iva _____

avente titolo alla comunicazione in qualità di proprietario / legale rappresentante dello stabile ove deve essere installato l'ascensore / montacarichi

COMUNICA

di porre in esercizio l'ascensore / montacarichi con **numero di fabbrica** _____
presso lo stabile sito in Medicina in :

Via / piazza _____ n. _____

legalmente rappresentato dal sottoscritto.

L'impianto ha le seguenti caratteristiche:

Portata Kg _____

Corsa Mt _____

Numero di fermate _____

Velocità _____

Tipo di azionamento _____

La Ditta installatrice incaricata dei lavori è, ai sensi dell'art. 2 comma 2 D.P.R. 459/96

Nome _____

C.fiscale e/o p. iva _____

Sede in _____ c.a.p. _____ prov. _____

Via/piazza _____

La Ditta cui il proprietario ha affidato la manutenzione dell'impianto ai sensi della legge 05/03/90 n. 46 è:

Nome _____

C.fiscale e/o p. iva _____

Sede in _____ c.a.p. _____ prov. _____

Via/piazza _____

L'ente notificato incaricato per le verifiche biennali obbligatorie ai sensi dell'art. 13 comma 1 D.P.R. 162/99 è:

Nome _____

C.fiscale e/o p. iva _____

Sede in _____ c.a.p. _____ prov. _____

Via/piazza _____

TUTTO CIÓ DICHIARATO PER IL RILASCIO DEL NUMERO DI MATRICOLA.

Consapevole delle sanzioni stabilite in caso di mendaci dichiarazioni e false attestazioni, ai sensi dell'art. 21 della legge 241/90, dichiara che tutto quanto contenuto nella presente domanda e' corrispondente al vero.

(sanzioni di cui all'art. 483 del Codice Penale e inammissibilità della conformazione dell'attività e dei suoi effetti alla legge)

Si allega:

- Copia di dichiarazione di conformità di cui all'art. 6 comma 5 D.P.R. 162/99;
- Fotocopia documento di identità del dichiarante;

N.B. Al momento della presentazione della richiesta occorre allegare la ricevuta del pagamento dei diritti di segreteria da effettuarsi presso la Cassa di Risparmio di Ravenna – filiale di Medicina per l'importo pari ad € 50,00.

Medicina lì _____

FIRMA DICHIARANTE
