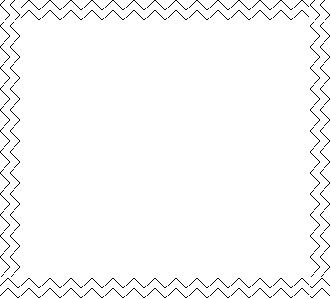
(Riservato all’ufficio)

*Protocollo*

*Note:*



**Applicare marca da bollo**

# Al Signor Direttore Generale

***della Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo***

# c/o U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro Via Mariano Stabile n.7 - Palermo

## ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE PER ADIBIRE A LUOGHI DI LAVORO AMBIENTI SOTTERRANEI O SEMISOTTERRANEI RICHIESTA DI RIACCERTAMENTO

|  |  |
| --- | --- |
| Il Richiedente (nome e cognome) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nato/a a |  | Provincia |  | Il |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice fiscale |  | Residente in: |  | Prov. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indirizzo |  | n |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tel: |  | Pec: |  |

Nella qualità:

Legale rappresentante

Amministratore

Socio delegato

Altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.iva :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indicare se attiva o no : Si No

|  |  |
| --- | --- |
| Sede legale: |  |

luogo sede legale – via/piazza – numero civico - scala - piano - interno - telefono

## C H I E D E

Sopralluogo di Riaccertamento ai fini dell’autorizzazione per adibire a luoghi di lavoro ambienti sotterranei o semisotterranei, ai sensi dell’ art. 65 D.Lgs 81/08 ubicati in:

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Civico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esercente l’attività di

## 

***Si allega alla presente :***

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Data**

Il richiedente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_