

Protocollo

Note:

(Riservato all'ufficio)



**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 : Sì  No

Sede legale:

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

**CHIEDE**

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: \_\_\_\_\_