

**Fac-simile da stampare su carta intestata per apparecchiature di sollevamento**

Spett.le  
IGQ  
Via Giosuè Carducci, 125/A  
20099 Sesto San Giovanni (MI)

Tel. 02 6610 1348  
Fax 02 6610 8409  
[info@igq.it](mailto:info@igq.it)

**MODELLO RICHIESTA VERIFICA PERIODICA APPARECCHIATURE DI SOLLEVAMENTO**

Il sottoscritto .....  
in qualità di Datore di lavoro (\*). della Ditta.....  
con sede legale in  
via.....n°.....  
comune di .....provincia .....  
telefono/fax ..... **email**.....  
Partita IVA.....Codice Fiscale.....  
Dati per la fatturazione (*solo se diversi da quelli della Ditta cui sopra*)  
.....

***RICHIEDE***

Verifica successiva alla prima ai sensi dell'art. 71 comma 11 del D.L.gs. 9 aprile 2008 n.81 e s.m.i. per le apparecchiature di sollevamento installate presso l'unità produttiva/cantiere sita/o in via.....n°.....  
Comune di..... provincia.....  
Persona di riferimento e relativi recapiti:  
Sig. ....  
tel..... cellulare.....  
email.....

(\*)D. Lgs. 81/2008 Art. 2.1 b «datore di lavoro»: il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa

### DESCRIZIONE DELLE ATTREZZATURE

N. di matricola ENPI/ISPESL/INAIL o Marcatura CE(denunciata a INAIL)	Tipo di attrezzatura*	N. di fabbrica	Anno costruz.	Portata max	Costruttore	Data ultima verifica

*\*In caso di sollevatore telescopico indicare tra i seguenti gli eventuali accessori utilizzati e/o montati:*

- gancio
- verricello
- cesta
- forche

Data .....

Timbro\_\_\_\_\_

(firma del Datore di Lavoro)