Organismo di Ispezione Conforti

Via della Repubblica 108 - 87041 Acri (CS)

Numero Identificativo UNIONCAMERE: **CS 317**

MOD 7.2-C

Ed. 2 rev. 2 del 10/10/23

RICHIESTA VERIFICAZIONE PERIODICA STRUMENTI PER PESARE A FUNZIONAMENTO AUTOMATICO E NON AUTOMATICO

A CURA DEL CLIENTE:

1. DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DELLO STRUMENTO		
Ragione Sociale:		P.IVA:
Sede Legale:	CAP:	Località:
Pec:	Tel.:	Cell.:
SDI:	e-mail:	
Persona di Riferimento:		
Modalità di Comunicazione preferita:	☐Cellulare	☐Mail

2. DATI STRUMENTI DA SOTTOPORRE A VERIFICAZIONE PERIODICA								
N°	Tipo (AWI/NAWI)	Marca	Modello	Matr.	Portata Max[#]	Portata Min	Libretto Metrologico	Scadenza
1							SI ☐ NO[*] ☐	
2							SI ☐ NO[*] ☐	
3							SI ☐ NO[*] ☐	
4							SI ☐ NO[*] ☐	

***SE DIVERSO DALLA SEDE LEGALE*: Strumenti ubicati presso il seguente indirizzo_____**

_____

A seguito di: ☐ scadenza verificazione periodica
☐ rimozione dei bolli metrici avvenuta il _____
☐ altro:_____

[*]Motivo: ☐ non rilasciato
☐ nuovo strumento
☐ smarrito

A COMPLETAMENTO DEL PRESENTE MODULO SI RICHIEDE DI ALLEGARE FOTO DELLA TARGHETTA CON LE INDICAZIONI METROLOGICHE DEGLI STRUMENTI.

Indicare se in possesso di: ☐Documento di approvazione CE del tipo
☐Manuale d'uso dello strumento

[#]*Per strumenti per pesare a funzionamento automatico del tipo selezionatrici ponderali:* Dichiarare il range di pesatura che si vuole sottoporre a verificazione periodica, se diverso dai valori di targa dello strumento.

N.B. In caso di strumenti in numero maggiore, utilizzare dei fogli aggiuntivi, da siglare e allegare alla presente richiesta di offerta.

3. PARTICOLARI ESIGENZE/GIORNI E ORARI DI CHIUSURA

Data_____ **Firma:** _____

A CURA DELL'ORGANISMO: N° identif. Interna: _____ **del**_____