

(Inviare Officine Meccaniche Rostin Srl mail denis@rostin.it)

Spett.
ARPAV DI PADOVA

Via Ospedale, 22
35121 Padova
Pec dappd@pec.arpav.it

Oggetto: richiesta di verifica periodica di apparecchi di sollevamento (ai sensi del DLgs 9 aprile 2008 n 81 art.71 comma 11 e successive modifiche - Decreto 11 aprile 2011).

Il sottoscritto: nella sua qualità di datore
di lavoro della Ditta: con sede in:
.....via.....
Partita IVA N°: CF N°:.....

chiede la verifica del seguente apparecchio di sollevamento:

Macchina Tipo	Matricola INAIL/ISPESL	Marca e Modello	N° fabbrica	Anno
GRU SU AUTOCARRO				

Presso Centro Revisione Gru: **Officine Meccaniche Rostin Srl** Via Olmo, 148 – Campodarsego
(PD) Tel. 049-5564106 Fax 049-9200286

Per comunicazioni contattare: Sig. Denis della Ditta: **Officine Meccaniche Rostin Srl**
Tel.: 049-5564106 Fax.: 049-9200286 E-mail: denis@rostin.it

Firma e Timbro
