

Tipo di verifica richiesta:

☐ A seguito messa in servizio strum. ☐ A seguito intervento di riparazione ☐ Verifica periodica biennale
Data messa in servizio: _____ con rimozione di 1 o più sigilli metrici Data scadenza: _____

Dati titolare dello strumento:

L'impresa _____ Codice PV _____
con sede in _____ via _____ Prov. _____ CAP _____
n° telefono _____ E-mail _____ Cod. Univoco SDI _____
Partita IVA _____ Codice Fiscale _____ REA _____

Dati per fatturazione (compilare nel caso non corrispondenti ai dati titolare dello strumento):

L'impresa _____ Codice PV _____
con sede in _____ via _____ Prov. _____ CAP _____
n° telefono _____ E-mail _____ Cod. Univoco SDI _____
Partita IVA _____ Codice Fiscale _____ REA _____

Elenco strumenti da sottoporre a verifica periodica:

Matricola (lato/posizione pistola)	Marca	Modello	Port. max	Prod. erog.	N° pistole	Solo in caso di riparazione	
						N° sigilli	Parte vincolata

Tutti gli strumenti da sottoporre a verifica periodica sono in possesso dei seguenti documenti:

Dichiarazione di conformità ☐ sì ☐ no Libretto metrologico ☐ sì ☐ no
Data sheet (solo MID) ☐ sì ☐ no Provvedimento di approvazione ☐ sì ☐ no

Data

Firma del richiedente
