

## Rapporto tecnico di verifica - Sintesi dei risultati -

### DATI ANAGRAFICI DEL VERIFICATORE

Il sottoscritto .....(nome e cognome del Responsabile Tecnico).....  
 ..... (Ragione Sociale).....  
 .....

con sede in via : ..... N°.....  
 Comune: ..... prov. ....  
 C.F. .... P.IVA ..... Tel.: ..... Fax:.....

### IN RELAZIONE ALL'IMPIANTO GAS AL SERVIZIO DI APPARECCHI PER:

- cottura n° tipo : .....  
 produzione acqua calda per uso sanitario n° tipo ..... Potenza ..... kW  
 riscaldamento n° tipo ..... Potenza ..... kW  
 altro: ..... n° tipo ..... Potenza ..... kW

Altre eventuali informazioni: .....

Nome e cognome dell'utente : ..... (in qualità di occupante/proprietario).....  
 Impianto installato nei locali siti nel comune di : ..... (Indirizzo).....  
 via ..... prov).....  
 scala ..... piano ..... interno .....  
 di proprietà di (nome, cognome, indirizzo) : ..... (Nome Cognome, Indirizzo).....

Note: .....

### DICHIARA

**Sotto la propria responsabilità, di aver controllato l'impianto ai fini della sicurezza e di aver eseguito particolare le verifiche sotto indicate, conseguendo gli esiti di fianco indicati:**

	ESITO	
	POSITIVO	NEGATIVO
di aver effettuato la verifica del tracciato dell'impianto per quanto visibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
di aver verificato i materiali e gli accessori utilizzati (nelle parti visibili o ispezionabili dell'impianto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
di aver verificato lo stato di conservazione delle tubazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di aver verificato la tenuta dell'impianto e che la microperdita rilevata è: <input type="checkbox"/> minore di 1 litro /h <input type="checkbox"/> compresa tra 1 e 5 litri/h <input type="checkbox"/> superiore a 5 litri/h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di aver effettuato la verifica del luogo d'installazione degli apparecchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di aver effettuato la verifica dello stato di conservazione e della funzionalità degli apparecchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di aver verificato la ventilazione dei locali d'installazione degli apparecchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di aver verificato l'aerazione dei locali d'installazione degli apparecchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L' OPERATORE .....

L' OCCUPANTE .....

Di aver verificato l'allacciamento degli apparecchi all'impianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di aver verificato la correttezza d'installazione dei sistemi di scarico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di aver verificato la compatibilità tra apparecchi e sistemi di scarico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di aver verificato l'assenza di riflusso di gas di scarico negli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di aver verificato la corretta evacuazione dei fumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Idoneo al funzionamento</b>	<b>Idoneo al funzionamento temporaneo</b>	<b>Non idoneo al funzionamento</b>
<b>Considerato gli esiti ottenuti, l'impianto a gas risulta:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

da compilare in caso di NON IDONEITA' AL FUNZIONAMENTO, in caso contrario barrare

**In conseguenza dell'esito sopra riportato DICHIARA**

di aver provveduto a mettere fuori esercizio l'impianto/la parte d'impianto fonte della non idoneità al funzionamento

(specificare la parte d'impianto interessata e le azioni effettuate) .....

.....

di averne data chiara ed esplicita comunicazione alla persona presente in qualità di occupante diffidandole dall'utilizzo senza aver posto rimedio alle anomalie riscontrate

(riportare i dati identificativi) .....

.....

da compilare in caso di IDONEITA' AL FUNZIONAMENTO TEMPORANEO, in caso contrario barrare

**In conseguenza dell'esito sopra riportato DICHIARA**

di averne data chiara ed esplicita comunicazione al/alla sig./sir.ra (riportare i dati identificativi) .....

.....)

presente in qualità di proprietario/conducente delle anomalie riscontrate e riepilogate di seguito:

(specificare la parte d'impianto che presenta la/Le anomalie e le azioni effettuate) .....

.....

di aver provveduto a comunicare che il tempo massimo per porre rimedio alle anomalie riscontrate, ai sensi della presente norma, non potrà eccedere i 30 giorni solari e quindi la data del \_\_\_\_\_ (specificare il termine temporale).

**DECLINA**

ogni responsabilità per danni a persone, animali o cose, derivanti dall'uso dell'impianto a gas senza che siano stati eliminati gli eventuali difetti funzionali che determinano la non idoneità al funzionamento sopra segnalata, o derivanti dalla manomissione delle attuali condizioni dell'impianto a gas o dal suo utilizzo improprio ovvero da carenza di manutenzione o riparazione.

L'OPERATORE (Timbro e Firma)

L'OCCUPANTE (per ricevuta):