

**REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANIA**

DIPARTIMENTO di PREVENZIONE
S.I.A. (Servizio Impiantistica ed antinfortunistica)
VIA TEVERE,39 (C/da) CERZA
95027 S. GREGORIO di CATANIA

Oggetto: Richiesta duplicato libretto/scheda impianto apparecchio a pressione.

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____

In qualità di _____ della Ditta _____

sita in _____ via _____ n. _____

attività _____ telefono _____

località dell'impianto via _____ n. _____ città _____

CHIEDE

Il rilascio del duplicato libretto apparecchio a pressione/scheda impianto

Matricola _____

DATA

FIRMA

.....