

MODULISTICA

MODELLO DI TRASMISSIONE DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'**D.P.R. 22/10/2001 N° 462
PER NUOVO IMPIANTO A CURA DEL DATORE DI LAVORO**

SOTTOPOSTO AGLI OBBLIGHI DEL D.P.R. 547/55 IN PRESENZA DI LAVORATORI SUBORDINATI Art. 3

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
 della DITTA _____ Sede Sociale in _____
 Via _____ n° _____ Cap _____ Tel. _____
 e-mail _____
 invia DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' della Ditta installatrice
 con Sede _____ Via _____ Tel. _____
 e-mail _____

Allegati obbligatori conservati presso la Ditta utente:

- Messa a terra
 Protezione contro le scariche atmosferiche (Art. 38-39 D.P.R. 547/55 – D.P.R. 689/59)
 Luoghi con pericolo di esplosione

Ubicazione dell'impianto:

CITTA' _____ Via _____ Cap. _____ Tel. _____

TIPO D'IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:

- CANTIERE - Data presumibile chiusura:
- OSPEDALE E CASE DI CURA
- AMBULATORIO MEDICO
- AMBULATORIO VETERINARIO
- CENTRO ESTETICO
- EDIFICIO SCOLASTICO
- LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
- STABILIMENTO INDUSTRIALE – Tipo di attività:
- ATTIVITA' AGRICOLA
- ATTIVITA' COMMERCIALE
- ILLUMINAZIONE PUBBLICA
- IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO - Tipo di attività:
- TERZIARIO - Tipo di attività:
- ALTRO - Tipo di attività:

Numero degli addetti:

Verifica impianto protezione contro i fulmini	TIPO DI ALIMENTAZIONE
a) Parafulmini ad asta .si <input type="checkbox"/> .no <input type="checkbox"/> ...n° _____	<input type="checkbox"/> Dalla rete B.T.
b) Parafulmini a gabbia...si <input type="checkbox"/> .no <input type="checkbox"/> ...n° _____	<input type="checkbox"/> Media tensione
N 1 superficie protetta.....mq _____	<input type="checkbox"/> Alta tensione
N 2 superficie.....mq _____	<input type="checkbox"/> Impianto di produzione autonoma
c) Strutture, recipienti e serbatoi metallici per i quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> .n° _____	Potenza installata KW
d) Capannoni ,metallici per i quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> .n° _____	N° Cabine di trasformazione
e) Per cantieri edili indicare il numero di strutture metalliche per le quali si richiede la verifica dell'impianto di protezione dai fulmini n°	N° Dispensori

N.B. IL PRESENTE MODELLO DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI

- 1) Barrare le caselle che interessano
 2) Scrivere in stampatello

 Firma e timbro del datore di lavoro

(Il presente modello potrebbe presentare qualche variazione per accordi I.S.P.E.S.L. – Regioni)

PROVE E MISURE

RT - MISURA RESISTENZA DI TERRA (Guida CEI-ISPEL 64-14 2.3.2.1.)

- Misuratoren° matricola
- Metodo utilizzato volt-amperometrico resistenza globale
- Misura resistenza di terra Ω

Risultati:

Sistema TT o IT
Coordinamento dispositivi di protezione
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

$V > 1000 V$
Tensione totale di terra entro i limiti ammissibili
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Osservazioni

TCP - MISURA TENSIONI DI PASSO E CONTATTO (GUIDA CEI-ISPEL 64-14 2.3.2.5 e V1)
(vedi relazione e rapporti di prova)

DF - PROVA DI FUNZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE A CORRENTE DIFFERENZIALE (Guida CEI-ISPEL 64-14 2.3.2.2.)

- Misuratoren° matricola

Risultati:

- POSITIVI
- NEGATIVI

Osservazioni

Zs - MISURA IMPEDENZA ANELLO DI GUASTO (Guida CEI-ISPEL 64-14 2.3.2.3.)

- Misuratoren° matricola

Risultati:

- POSITIVI
- NEGATIVI

Osservazioni

EQP - PROVA CONTINUITA' CONDUTTORI DI TERRA, DI PROTEZIONE ED EQUIPOTENZIALI (GUIDA CEI-ISPEL 64-14 2.3.1)

- Misuratoren° matricola

Risultati:

- POSITIVI
- NEGATIVI

Osservazioni

REQP - MISURA RESISTENZA COLLEGAMENTI EQUIPOTENZIALI (Per i locali ad uso medico)

- Misuratoren° matricola

Risultati:

- POSITIVI
- NEGATIVI

Osservazioni

CISO - PROVA CONTROLLO DISPOSITIVO ITM (Per i locali ad uso medico)

- Misuratoren° matricola

Risultati:

- POSITIVI
- NEGATIVI

Osservazioni

**ISTITUTO SUPERIORE PER LA PREVENZIONE
E LA SICUREZZA DEL LAVORO**

mod. RVA

IMPIANTI DI PROTEZIONE CONTRO LE SCARICHE ATMOSFERICHE

Rapporto tecnico di prima verifica (DPR del 22 ottobre 2001 n. 462)

Data

N.

DITTA	Sede sociale in		
Via	n° Cap.....	Tel.....	e mail
Ubicazione dell'impianto			
Città	Via	Cap	tel
Ditta installatrice			
Sede	Via	tel	e mail

DATI IMPIANTO

- Struttura da proteggere:
- LPS Esterno Asta Gabbia superficie protetta mq.....
 - Captazione
 - Calate:
 - Elementi disperdenti:
- LPS interno SPD Collegamenti equipotenziali
- Osservazioni:
-
-

DOCUMENTAZIONE TECNICA

- Dichiarazione di esecuzione dell'impianto alla regola d'arte
- Documentazione tecnica di progetto
- Altro da specificare:

PROVE E MISURE

- EQP - PROVA CONTINUITA' CONDUTTORI DI TERRA, DI PROTEZIONE ED EQUIPOTENZIALI (GUIDA CEI-ISPEL 64-14 2.3.1)

- Misuratoren° matricola

Risultati:

- POSITIVI
- NEGATIVI

Osservazioni

- ALTRE -

- Misuratoren° matricola

Risultati:

- POSITIVI
- NEGATIVI

Osservazioni

RVB Allegato ...	MISURA DELLE TENSIONI DI CONTATTO (U_t)					
DITTA Sede sociale in						
Vian° Cap.....Tel.....e mail						
Ubicazione dell'impianto						
Città Via Cap tel						
Ditta installatrice						
Sede Via tel e mail						
N.	POSIZIONE	TENSIONI MISURATE			RISULTATI	
		Ud (V)	Ua (V)	Ub (V)	U (V)	Ut (V)
TENSIONE DI CONTATTO $U_t = KU$ CORRENTE DI PROVA $I_p = \dots\dots\dots$ RAPPORTO DI RIDUZIONE $k = I_T/I_p$						

RVB Allegato ...	MISURA DELLE TENSIONI DI PASSO (Us)	
-----------------------------	--	--

DITTA

Sede sociale in

Vian° Cap.....Tel.....e mail

Ubicazione dell'impianto

Città Via Cap tel

Ditta installatrice

Sede Via tel e mail

N.	POSIZIONE	TENSIONI MISURATE			RISULTATI	
		Ud (V)	Ua (V)	Ub (V)	U (V)	Us (V)

TENSIONE DI PASSO $U_s = K U$ CORRENTE DI PROVA $I_p =$ RAPPORTO DI RIDUZIONE $k = I_p / I_p$

Alla camera di Commercio

.....
.....

Oggetto: Segnalazione di violazione alla legge 46/90 art.16 e DPR 447/91 art. 10 nei confronti della ditta installatrice:

..... (Ragione sociale)
..... (Indirizzo)
..... (n° registro C.C.I.A.A.)

Il sottoscritto funzionario tecnico dipendente del Dipartimento ISPESL di incaricato ai sensi dell'art. 3 del DPR 462/01 della prima verifica dell'impianto di terra e/o scariche atmosferiche realizzato dalla ditta in oggetto presso lo stabilimento:

..... (Ragione sociale)
..... (Indirizzo)

visto l'art. 16 della legge 46/90 e l'art. 10 del DPR 447/91 segnala a codesta C.C.I.A.A. le seguenti inosservanze a carico della ditta installatrice per la non rispondenza dell'impianto alla legge 186/68 e alla legge 46/90:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

lì,

Il tecnico verificatore

Visto del Direttore del Dipartimento ISPESL

FAC-SIMILE

All'Organo di Vigilanza

.....

RAPPORTO GIUDIZIARIO AI SENSI DELL'ART. 331 C.P.P.

Il sottoscritto funzionario tecnico dipendente del Dipartimento ISPEL Dipartimento di, Pubblico Ufficiale ai sensi dell'art. 357 C.P., ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 331 e 332 del Codice di Procedura Penale in occasione della 1^ verifica a campione effettuata ai sensi dell'art. 3 comma 1 del D.P.R. 22/10/2001 n. 462

IMPIANTO VERIFICATO	All'impianto..... immatricolato con il n°ISPEL, ubicato presso della Ditta in via n. appartenente alla medesima Ditta con sede sociale in via n.
---------------------	---

segnala le seguenti inosservanze(*):

.....

(*) D.P.R. 27/04/1955 n. 547 – D.Lgs 19/09/1994 n. 626

NOTE
------	--

Allega copia del verbale di verifica n. del

..... il

Il funzionario dell'ISPEL

Visto del Direttore del Dipartimento ISPEL

Esempio di modulo- statistico per la raccolta dati (**mod. MSB**)

DITTA		Sede sociale in	
Via		n° Cap.....Tel.....e mail	
Ubicazione dell'impianto			
Città	Via	Cap	tel
Ditta installatrice			
Sede	Via	tel	e mail

TIPO D'IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:	
<input type="checkbox"/>	CANTIERE
<input type="checkbox"/>	OSPEDALE E CASE DI CURA
<input type="checkbox"/>	AMBULATORIO MEDICO
<input type="checkbox"/>	AMBULATORIO VETERINARIO
<input type="checkbox"/>	CENTRO ESTETICO
<input type="checkbox"/>	EDIFICIO SCOLASTICO
<input type="checkbox"/>	LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
<input type="checkbox"/>	STABILIMENTO INDUSTRIALE – Tipo di attività:
<input type="checkbox"/>	ATTIVITA' AGRICOLA
<input type="checkbox"/>	ATTIVITA' COMMERCIALE
<input type="checkbox"/>	ILLUMINAZIONE PUBBLICA
<input type="checkbox"/>	IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO - Tipo di attività:
<input type="checkbox"/>	TERZIARIO - Tipo di attività:
<input type="checkbox"/>	ALTRO - Tipo di attività:
Tensione di alimentazione V	
Potenza installata KW	

IMPIANTI DI MESSA A TERRA

	<i>Insuff.</i>	<i>Suff.</i>	<i>Buona</i>
• Documentazione tecnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Condizioni di installazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Protezione dalle influenze esterne delle apparecchiature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stato del dispersore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stato dei collegamenti equipotenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Coordinamento con i dispositivi di protezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Protezioni specifiche (es. locali ad uso medico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Protezione dai contatti diretti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni

.....

.....

.....

.....

Esempio di modulo- statistico per la raccolta dati (**mod. MSA**)

DITTA	Sede sociale in		
Via	n°	Cap.....	Tel.....e mail
Ubicazione dell'impianto			
Città	Via	Cap	tel
Ditta installatrice			
Sede	Via	tel	e mail

TIPO D'IMPIANTO SOGGETTO A VERIFICA:	
<input type="checkbox"/>	CANTIERE
<input type="checkbox"/>	OSPEDALE E CASE DI CURA
<input type="checkbox"/>	AMBULATORIO MEDICO
<input type="checkbox"/>	AMBULATORIO VETERINARIO
<input type="checkbox"/>	CENTRO ESTETICO
<input type="checkbox"/>	EDIFICIO SCOLASTICO
<input type="checkbox"/>	LOCALE DI PUBBLICO SPETTACOLO
<input type="checkbox"/>	STABILIMENTO INDUSTRIALE – Tipo di attività:
<input type="checkbox"/>	ATTIVITA' AGRICOLA
<input type="checkbox"/>	ATTIVITA' COMMERCIALE
<input type="checkbox"/>	ILLUMINAZIONE PUBBLICA
<input type="checkbox"/>	IMPIANTO A MAGGIOR RISCHIO IN CASO DI INCENDIO - Tipo di attività:
<input type="checkbox"/>	TERZIARIO - Tipo di attività:
<input type="checkbox"/>	ALTRO - Tipo di attività:
Tensione di alimentazione V	Potenza installata KW

IMPIANTI DI PROTEZIONE CONTRO LE SCARICHE ATMOSFERICHE

	<i>Insuff.</i>	<i>Suff.</i>	<i>Buona</i>
• Documentazione tecnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Condizioni di installazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Protezione LPS esterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Protezione LPS interno (colleg. Equipot. – SPD, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni

.....

.....

.....

.....

