



Delegazione di Vericert srl.....FI.SI.M. Cert s.a.s.....  
 Via .....n° 14.....CAP. 87036.....  
 Città.....Prov. CS.....e-mail.ingcal@libero.it  
 Tel. 0984.408033 Fax 0984.014029 Cell. 338.8345239.....

## ACCETTAZIONE DI INCARICO PER L' EFFETTUAZIONE DELLE VERIFICHE PERIODICHE SU ASCENSORI E MONTACARICHI (D.P.R. N° 162 del 30/04/99)

Con la presente VERICERT srl, Organismo Notificato N. 1878, avente Sede Legale e Operativa in Ravenna, Via Sergio Cavina n. 19

### DICHIARA

di accettare l'incarico conferitogli per l'effettuazione delle verifiche periodiche biennali, secondo quanto indicato all'Art. 13 del D.P.R. 162 del 30/04/1999, sull'impianto avente le seguenti caratteristiche:

Tipo	Costruttore	Installatore	
Manutentore	N° di fabbrica	N° matricola	
Installato in			
Via		N°	CAP

Per Accettazione  
**VERICERT srl**

<b>Riservato a VERICERT srl</b>	
Prot. N° .....Del.....	Numero Impianto VERICERT.....
Luogo / Data .....	NOTE.....

**VERICERT srl - Certificazioni e Verifiche** - C.F. / P.IVA 03507060402

**Via S. Cavina 19 - 48100 Ravenna** - Tel.0544-501951- Fax 0544-467220 - E-mail [info@vericert.it](mailto:info@vericert.it) - R.E.A. RA n. 0183482

Legenda copie: prima copia (originale) per Delegazione, seconda copia da inviare a Vericert srl, terza copia da lasciare al cliente