



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. P.P.I.L.L.
Via P. Petrone – 85100 POTENZA
Tel 0971/310338-339 – Fax 0971/310340

Prot. 3050/2

Del 13 GIU. 2012

Spett.li

**CONFARTIGIANATO
SEDE REGIONALE DELLA BASILICATA**
Via Del Gallitello 116 - 85100 Potenza
confartigianatopotenza.c@tim.it

**CONFCOMMERCIO
DELLA PROVINCIA DI POTENZA**
Contrada Rio Freddo - 85100 Potenza
info@confcommerciopotenza.it

**CNA, Confederazione Nazionale
dell'Artigianato e della Piccola e Media
Impresa,**
Via Isca del Pioppo (Palazzo Pino), 144
85100 Potenza
segreteria.basilicata@cna.it

**CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI
POTENZA**
Via Pienza 104 - 85100 Potenza
marconefra@libero.it

**A.P.I. Basilicata
ASSOCIAZIONE PICCOLE E MEDIE
INDUSTRIE**
Via Addone Famiglia 17 - 85100 Potenza
api@apipotenza.it
direzione@apipotenza.it

ANCE Basilicata
V. Di Giura C. Direzionale - 85100 Potenza
m.migliaccio@confindustria.basilicata.it

**E.F.M.E.A., Ente di Formazione Maestranze
Edili della Provincia di Potenza**
Via dell'Edilizia s.n. 85100 Potenza
a.vergari@formazionedile.it

**C.P.T. Comitato Paritetico Territoriale di
Potenza**
Via dell'Edilizia Cas. Post. 28
a.vergari@formazionedile.it

C.G.I.L.
segreteria@cgilbasilicata.it



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. P.P.I.L.L.
Via P. Petrone – 85100 POTENZA
Tel 0971/310338-339 – Fax 0971/310340

C.I.S.L.

fps-centralecisl-centralebasilicata@libero.it

U.I.L.

basilicata@uilfpl.it

OGGETTO: *Verifica periodica attrezzature.*

Premesso che l'Art. 71, comma 1 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i., fa obbligo al datore di lavoro di sottoporre a verifica periodica le attrezzature di lavoro elencate nell'allegato VII dello stesso decreto, e che il D.M. 11/04/2011, che disciplina le modalità di effettuazione delle suddette verifiche periodiche, individua nell'INAIL (ex ISPESL) e nelle ASL, i soggetti titolari rispettivamente della prima verifica periodica e delle verifiche periodiche successive, si rende necessario stabilire le procedure relative alle modalità di richiesta delle verifiche, le quali, dovranno essere tali da consentire l'attuazione delle procedure previste dal D.M. 11/04/2011.

Per quanto premesso, la richiesta di verifica dovrà essere effettuata a mezzo dell'allegato modello almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza rispetto alla precedente verifica periodica.

Non è superfluo, inoltre, rimarcare l'obbligo di indicare il soggetto abilitato individuato ai sensi dell'art.2, comma 2 del D.M. 11/04/2011, significando che tale soggetto dovrà essere individuato, dal datore di lavoro, tra quelli iscritti nell'elenco dei soggetti abilitati di cui all'art. 2, comma 4 del D.M. 11/04/2011.

L'elenco dei soggetti abilitati è reperibile dal sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sul sito Aziendale dell'ASP, invece, sarà pubblicato l'elenco dei soggetti abilitati che opereranno, su richiesta, in Basilicata.

Si evidenzia, infine, che per poter compiutamente effettuare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con 20 o più anni di servizio, è necessario acquisire, ai sensi dell'All. II, punto 2, lettera c), D.M. 11/04/2011, una indagine supplementare tesa ad individuare vizi, difetti o anomalie, nonché a stabilire la vita residua delle attrezzature in condizione di sicurezza con le eventuali relative nuove portate.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. P.P.I.L.L.
Via P. Petrone – 85100 POTENZA
Tel 0971/310338-339 – Fax 0971/310340

Come già anticipato per le vie brevi, si confida, affinché i Destinatari, ciascuno per la propria parte, diano la massima diffusione ai loro associati e/o iscritti, assicurando la più ampia collaborazione, si inviano distinti saluti.



**Direttore U.O.C. Prevenzione Protezione
Impiantistica Luoghi di Lavoro
Ing. Salvatore ROMANELLI**

Allegati:

1) modello di richiesta: *“modello richiesta verifica periodica.doc”*

carta intestata o timbro della ditta richiedente,
completa di dati fiscali

All'Azienda Sanitaria Locale di Potenza
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O. C. PREVENZIONE E PROTEZIONE ED IMPIANTISTICA NEI LUOGHI DI LAVORO
Potenza Melfi Lagonegro

Ai sensi dell'art. 71 D.Lgs. 81/2008 e S.m.i. e del D.M. 11 aprile 2011, il/la sottoscritto/a
Sig./Sig.ra _____, in qualità di Titolare/Datore di
lavoro della Ditta _____, con sede
legale in _____ prov. _____ Via _____
_____ n. _____ del/delle seguente /i attrezzature di lavoro:

Tipo di apparecchio (*)	Marca/modello	Matricola ENPI/ANCC ISPESL/INAIL	Numero di fabbrica	Data di scadenza della verifica periodica

(*) indicare la tipologia di attrezzatura (es. gru a torre, gru su autocarro, piattaforma di lavoro elevabile, generatore di vapore, ecc..) e il luogo ove effettuare la verifica.

Referente: _____ tel.: _____ fax: _____ e-mail: _____

Nominativo e indirizzo del soggetto abilitato individuato, ai sensi dell'art. 2 comma 2 D.M. 11/04/2011
(DA INDICARE OBBLIGATORIAMENTE): _____

Il Titolare/Datore di lavoro

(timbro e firma)

Data _____