**Al SINDACO**
**delComune di**
**Medicina**

**COMUNICAZIONE MESSA IN ESERCIZIO ASCENSORE / MONTACARICHI (D.P.R. 162/99 art. 12)**

(Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/03 art.13, i dati che seguono verranno utilizzati al solo fine degli adempimenti di Legge)

Il/La Sottoscritt _____

nat a_____il_____

Residente in_____prov._____

Via/piazza_____n._____

Codice fiscale e/o p. iva _____

avente titolo alla comunicazione in qualità di proprietario / legale rappresentante dello stabile ove deveessere installato l'ascensore / montacarichi

**COMUNICA**

di porre in esercizio l'ascensore / montacarichi con **numero di fabbrica** _____ presso lo stabile sito in Medicina in:

Via / piazza_____n. _____

legalmente rappresentato dal sottoscritto.

**L'impianto ha le seguenti caratteristiche:**

Portata Kg _____

Corsa Mt _____

Numero di fermate _____

Velocità _____

Tipo di azionamento _____

**La Ditta installatrice incaricata dei lavori è, ai sensi dell'art. 2 comma 2 D.P.R. 459/96**

Nome_____

C.fiscale e/o p. iva_____

Sede in_____c.a.p._____prov._____

Via/piazza_____

**La Ditta cui il proprietario ha affidato la manutenzione dell'impianto ai sensi della legge 05/03/90 n. 46 è:**

Nome_____

C.fiscale e/o p. iva_____

Sede in_____c.a.p._____prov._____

Via/piazza_____

**L'ente notificato incaricato per le verifiche biennali obbligatorie ai sensi dell'art. 13 comma 1 D.P.R. 162/99 è:**

Nome_____

C.fiscale e/o p. iva_____

Sede in_____c.a.p._____prov._____

Via/piazza_____

**TUTTO CIÓ DICHIARATO PER IL RILASCIO DEL NUMERO DI MATRICOLA.**

**Consapevole delle sanzioni stabilite in caso di mendaci dichiarazioni e false attestazioni, ai sensi dell'art. 21 della legge 241/90, dichiara che tutto quanto contenuto nella presente domanda è corrispondente al vero.**

*(sanzioni di cui all'art. 483 del Codice Penale e inammissibilità della conformazione dell'attività e dei suoi effetti alla legge)*

**Si allega:**
- Copia di dichiarazione di conformità di cui all'art. 6 comma 5 D.P.R. 162\99;
- Fotocopia documento di identità del dichiarante;

**N.B. Al momento della presentazione della richiesta occorre allegare la ricevuta del pagamento dei diritti di segreteria da effettuarsi tramite PagoPA per l'importo pari ad €. 50,00.**

Medicina lì _____

FIRMA DICHIARANTE

_____