



MODULO RECLAMO

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME:

NOME:

INDIRIZZO:

TEL: FAX: CELL: E-MAIL:

IN QUALITÀ DI:

PROPRIETARIO/A DELL'IMPIANTO/I.

AFFITTUARIO/DATORE DI LAVORO DEI LOCALI OVE UBICATO L'IMPIANTO/I DI PROPRIETÀ

TITOLARE / LEG. RAPP. SOCIETÀ

PROPRIETARIA DELL'IMPIANTO/ AFFITTUARIA LOCALI OVE UBICATO IMPIANTO DI PROPRIETÀ

AMMINISTRATORE CONDOMINIO

..... PROPRIETARIO DELL'IMPIANTO/I.

DATI IMPIANTO/I:

ASCENSORE MONTACARICHI

IMPIANTO DI TERRA IMPIANTO DI SCARICHE ATMOSFERICHE

ALTRO

N° IDENTIFICATIVO (nr. di matricola / nr. di fabbrica / nr. identificativo leS):

INDIRIZZO DI INSTALLAZIONE:

SEGNALA QUANTO SEGUE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SI ALLEGA:

.....

.....

DATA E FIRMA:

N.B.: INVIARE LA PRESENTE AL NR. FAX 0471/326266 O ALL'INDIRIZZO E.MAIL info@iesbz.it

Rev.	Data	Descrizione	Redatto	Verificato	Approvato
02	16/01/2016	Adeguato in funzione DPR 462/01	RSQ	DT	DIR