

VERIFICA DEGLI IMPIANTI DI MESSA A TERRA . (ai sensi del D.P.R. 462/01)

SCHEDA DI SOPRALLUOGO IMPIANTO

INFORMAZIONI AZIENDA

Azienda/Cliente:

Indirizzo:

Persona di riferimento:

Descrizione tipo di ambiente/attività (es.: sede di Società Assicurativa; attività commerciale ingrosso/dettaglio; ambulatorio medico; stabilimento chimico; etc.):

.....
.....

DATI FORNITURA ENERGIA ELETTRICA

Ente Fornitore d'electricità:

Potenza contrattuale: kW (si veda bolletta dell'Ente Fornitore d'electricità)

Potenza installata: kW (si veda bolletta dell'Ente Fornitore d'electricità)

Produzione autonoma: kW

ALIMENTAZIONE IMPIANTO

In Media Tensione (MT)

N° proprie cabine elettriche di trasformazione:

N° trasformatori:

Tensione di alimentazione MT/BT (es.:20000/400 V):/.....V

Esiste un interruttore differenziale subito a valle del/dei trasformatore/i? Sì No

Se NO: quante sono le linee non protette?

.....

In Bassa Tensione (BT)

DIMENSIONI IMPIANTO

Lati: m x m

Superficie: m²

N° dispersori

PERICOLO DI ESPLOSIONE

Esistono ambienti con pericolo di esplosione? (es.: stoccaggio vernici, combustibili, etc.)

Sì No

Se Sì, descrivere tali ambienti:

DIMENSIONI:.....

TIPO DI AMBIENTE

COSA DETERMINA IL RISCHIO DI ESPLOSIONE.....

UBICAZIONE RISPETTO ALLO STABILIMENTO.....

SCARICHE ATMOSFERICHE

È richiesta la verifica per dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche?

Sì No

Se Sì, descrivere i dispositivi:

NOTE

Riportare note su caratteristiche/condizioni particolari che si ritiene opportuno segnalare (es.: eventuali peculiarità dello stabilimento/impianto; necessità particolari del cliente relativamente alla verifica; ente esecutore di eventuali precedenti verifiche; eventuali prescrizioni verbalizzate in precedenti verifiche; etc.)

PERIODICITA' VERIFICA

Ambiente con pericolo di esplosione (incarico PE):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Locale medico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cantiere	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ambiente a maggior rischio in caso di incendio:		
Cert. Prev. Incendi V.V.F.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Edificio con strutture portanti in legno (senza consid. soffitti con travi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Locale di spettacolo affollamento max.>superiore a 100 persone	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Albergo, pensione, motel, dormitorio con più di 25 posti-letto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Scuola di ogni ordine, grado e tipo, accademia e simila	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Locale per esposizione e/o vendita all'ingr. o al dett. con S>400 m ²	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stazione sotterranea di ferrovia, di metropolitana o simile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ambienti destinato ai degenti negli ospedali e negli ospizi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ambienti destinato ai bambini negli asili o ambiente simile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ambiente destinato ai detenuti nelle carceri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Edificio pregevole per arte o storia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biblioteca, archivio, museo, galleria, collez. oggetto di vigilanza statale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	↓	↓
PERIODICITA'	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5