RAPPORTO TECNICO DI COMPATIBILITA'

DATI ANAGRAFICI DELL'OPERATORE

Rapporto Tecnico n°_____

Il sottoscritto _____

Titolare o legale rappresentante dell'Impresa (Responsabile Tecnico) _____

Titolare o legale rappresentante dello studio (Professionista) _____

con sede nel Comune di: _____ CAP_____ (Prov. _____)

via _____ n° _____ interno._____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____ Cellulare _____

Partita IVA/CF. _____

iscritta nel registro delle imprese (DPR 7/12/95 n° 581) della CCIAA di _____

iscritta all'albo imprese artigiane (legge 8.8.1985, n° 443) della provincia di _____ n°_____

Iscrizione all'albo professionale degli/dei _____ di _____ n°_____

in relazione all'IMPIANTO GAS ubicato in via _____ n°_____ scala_____ piano _____ interno _____

nel Comune di _____ CAP_____ (Prov. _____)

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE/UTILIZZATORE/RESPONSABILE DELL'IMPIANTO

Cognome nome _____

In qualità di ☐ occupante ☐ proprietario ☐ altro specificare _____

indicare l'indirizzo di residenza solo se diverso da quello dell'impianto _____

DATI E INFORMAZIONI DELL'IMPIANTO

individuabile con: PDR (Punto di Riconsegna) n°_____ Matricola contatore n° _____

inteso come ☐ NUOVO ☐ MODIFICATO ☐ TRASFORMATO _____

utilizzato per ☐ cottura cibi; ☐ riscaldamento; ☐ acqua calda sanit. ☐ climatizzazione ☐ altro (specificare) _____

tipo di combustibile utilizzato ☐ Gas naturale; ☐ GPL; ☐ altro (specificare) _____

EVENTUALE DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE (per esempio dichiarazione di conformità parziale) _____

_____

_____

Apparecchi presenti per una portata termica complessiva di kW_____

Riferimento	APPARECCHI	Quantità	Tipo	Portata termica kW	Locale di installazione - marca/modello
Impianto domestico e similare					
n°___	Piano cottura: ☐ Senza termocoppie ☐ con termocoppie		–		
n°___	Piano cottura con forno gas: ☐ Senza termocoppie ☐ con termocoppie		–		
n°___	Forno gas		–		
n°___	Caldaia ☐ solo riscaldamento ☐ con produzione (acs)				
n°___	Scaldaacqua				
n°___	Stufa				
n°___	Radiatore a gas				
n°___	Altro (specificare)				
n°___	Altro (specificare)				
Impianto non domestico					
n°___	Caldaia				
n°___	Generatore acqua calda sanitaria (acs)				
n°___	Generatore di aria calda				
n°___	Altro (specificare)				
n°___	Altro (specificare)				

NOTE _____

_____

	DICHIARA di aver effettuato i seguenti controlli	Esito positivo	Note
Tutti i tipi di impianti			
1	Controllo visivo del percorso delle tubazioni dell'impianto interno	☐	
2	Controllo materiali e sistemi di giunzione adottati per realizzare l'impianto interno	☐	
3	Controllo dello stato di conservazione dei materiali	☐	
4	Controllo della tenuta dell'impianto (**indicare il riferimento normativo/legislativo adottato**)	☐	
5	Controllo di idoneità del luogo/locale di installazione degli apparecchi	☐	
6	Controllo del collegamento degli apparecchi all'impianto	☐	
7	Controllo della ventilazione dei locali di installazione degli apparecchi (dove necessaria)	☐	
8	Controllo dell'aerazione dei locali di installazione degli apparecchi (dove necessaria)	☐	
9	Controllo materiali dei sistemi di evacuazione dei prodotti della combustione a vista o ispezionabili (canali da fumo/condotti)	☐	
10	Controllo della compatibilità tra canali/condotti di evacuazione e locali attraversati	☐	
11	Controllo dei criteri di posa di canali/condotti di evacuazione	☐	
12	Controllo visivo dello stato di conservazione del sistema di evacuazione	☐	
13	Controllo della compatibilità tra apparecchi e relativi sistemi di evacuazione	☐	
14	Controllo della compatibilità tra la pressione del locale e la tipologia degli apparecchi previsti in presenza di sistemi (apparecchi, elettroaspiratori, ecc.) che possono creare pressione negativa nel locale stesso.	☐	
15	Controllo sistema di scarico della condensa (ove necessario)	☐	
16	Altro (specificare)	☐	
17	Altro (specificare)	☐	
Per impianti non domestici, oltre ai controlli sopra indicati, DICHIARO di aver effettuato anche il:			
18	**Controllo** della compatibilità tra impianto gas e locale di installazione del/gli apparecchio/i	☐	
19	**Controllo** della presenza e corretta posizione della valvola di intercettazione combustibile esterna al locale di installazione	☐	
20	**Controllo** della ventilazione/aerazione del locale di installazione del/gli apparecchio/i	☐	
21	Altro (specificare)	☐	
L'IMPIANTO È DA CONSIDERARSI COMPATIBILE SE I SINGOLI CONTROLLI HANNO CONSEGUITO ESITO POSITIVO.			

NOTE _____

_____

_____

DECLINA

ogni responsabilità per sinistri a persone, animali o cose, derivanti dall'uso dell'impianto a gas senza che siano state eseguite le prove di funzionalità, o derivanti dalla manomissione delle attuali condizioni dell'impianto a gas o dal suo utilizzo improprio.

Eventuali allegati _____

_____

_____

A SEGUITO DEI CONTROLLI ESEGUITI E IN CONSIDERAZIONE DEGLI ESITI POSITIVI OTTENUTI, L'IMPIANTO A GAS RISULTA:

☐ **COMPATIBILE ALLA MESSA IN SERVIZIO (fatto salvo l'esito positivo dei controlli di sicurezza e di funzionalità).**

data _____/_____/20_____

l'operatore (firma) _____ (timbro)