

# RAPPORTO TECNICO DI COMPATIBILITÀ'

## 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
<b>Impianto domestico e similare</b>					
n° _____	Piano cottura <input type="checkbox"/> senza termocoppie <input type="checkbox"/> con termocoppie		--		
n° _____	Piano cottura <input type="checkbox"/> senza termocoppie con forno a gas <input type="checkbox"/> con termocoppie		--		
n° _____	Forno a gas		--		
n° _____	Caldaia <input type="checkbox"/> solo riscaldamento <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

<b>DICHIARA di aver effettuato i seguenti controlli</b>		<b>Esito positivo</b>	<b>Note</b>
<b>Tutti i tipi di impianti</b>			
1	Controllo visivo del percorso delle tubazioni dell'impianto interno	<input type="checkbox"/>	
2	Controllo materiali e sistemi di giunzione adottati per realizzare l'impianto interno	<input type="checkbox"/>	
3	Controllo dello stato di conservazione dei materiali	<input type="checkbox"/>	
4	Controllo della tenuta dell'impianto <b>(indicare il riferimento normativo/legislativo adottato)</b>	<input type="checkbox"/>	
5	Controllo di idoneità del luogo/locale di installazione degli apparecchi	<input type="checkbox"/>	
6	Controllo del collegamento degli apparecchi all'impianto	<input type="checkbox"/>	
7	Controllo della ventilazione dei locali di installazione degli apparecchi (dove necessaria)	<input type="checkbox"/>	
8	Controllo dell'aerazione dei locali di installazione degli apparecchi (dove necessaria)	<input type="checkbox"/>	
9	Controllo materiali dei sistemi di evacuazione dei prodotti della combustione a vista o ispezionabili (canali da fumo/condotti)	<input type="checkbox"/>	
10	Controllo della compatibilità tra canali/condotti di evacuazione e locali attraversati	<input type="checkbox"/>	
11	Controllo dei criteri di posa di canali/condotti di evacuazione	<input type="checkbox"/>	
12	Controllo visivo dello stato di conservazione del sistema di evacuazione	<input type="checkbox"/>	
13	Controllo della compatibilità tra apparecchi e relativi sistemi di evacuazione	<input type="checkbox"/>	
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.	<input type="checkbox"/>	
15	Controllo sistema di scarico della condensa (ove necessario)	<input type="checkbox"/>	
16	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	
17	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	

**Per impianti non domestici, oltre ai controlli sopra indicati, DICHIARO di aver effettuato anche il:**

18	<b>Controllo</b> della compatibilità tra impianto gas e locale di installazione del/gli apparecchio/i		
19	<b>Controllo</b> della presenza e corretta posizione della valvola di intercettazione combustibile esterna al locale di installazione		
20	<b>Controllo</b> 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.**

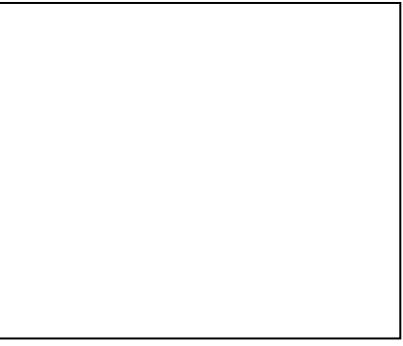
**NOTE** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **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:

<input type="checkbox"/>	<b>COMPATIBILE ALLA MESSA IN SERVIZIO</b> <b>(fatto salvo l'esito positivo dei controlli di sicurezza e di funzionalità).</b>	
data _____ / _____ /20 _____		
l'operatore (firma) _____		(timbro)