

Rif. Pratica VV.F. n.  
\_\_\_\_\_

## CERTIFICAZIONE DI RISPONDENZA E DI CORRETTO FUNZIONAMENTO DELL'IMPIANTO<sup>1</sup>

Il sottoscritto professionista antincendio	Titolo professionale	Cognome
iscritto all'Albo professionale dell'Ordine/Collegio	provincia	n. iscrizione
iscritto negli elenchi del M.I. di cui all'art. 16 comma 4 del DLgs 139/06		n. iscrizione
con ufficio in	indirizzo	n. civico
c.a.p.	comune	provincia
		telefono
indirizzo di posta elettronica		indirizzo di posta elettronica certificata

ai fini di quanto previsto dal D.P.R. 1/8/2011 n. 151 e dal DM 7.8.2012, nell'ambito delle competenze tecniche della propria qualifica professionale, dopo avere eseguito i necessari **sopralluoghi** e **verifiche** atti ad accertare le caratteristiche tecniche di realizzazione e funzionamento dell'impianto sotto riportato, inteso come:

nuovo impianto    ampliamento    altro (specificare):

installato presso	identificazione dell'edificio, complesso, etc.	
sito in	piano, locale, e quanto altro necessario per una corretta individuazione	
	via - piazza	n. civico
di proprietà di	comune	provincia
con sede in	ditta, società, ente, impresa, etc.	telefono
	via - piazza	n. civico
	comune	provincia
		telefono

### **RELATIVAMENTE ALL' IMPIANTO, RILEVANTE AI FINI DELLA SICUREZZA ANTINCENDIO, APPARTENENTE ALLA SOTTO INDICATA TIPOLOGIA:**

(barrare con  una sola tipologia)<sup>(1)</sup>:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> impianto di produzione, trasporto, distribuzione ed utilizzazione <b>DELL'ENERGIA ELETTRICA;</b><br><input type="checkbox"/> impianto protezione contro le <b>SCARICHE ATMOSFERICHE;</b><br><input type="checkbox"/> impianto di deposito, trasporto, distribuzione e utilizzazione, comprese le opere di evacuazione dei prodotti della combustione e di ventilazione/aerazione dei locali, di <b>GAS, ANCHE IN FORMA LIQUIDA, COMBUSTIBILI O INFIAMMABILI COMBURENTI;</b><br><input type="checkbox"/> impianto di deposito, trasporto, distribuzione e utilizzazione, comprese le opere di evacuazione dei prodotti della combustione e di ventilazione/aerazione dei locali, di <b>SOLIDI E LIQUIDI COMBUSTIBILI O INFIAMMABILI O COMBURENTI;</b> | <input type="checkbox"/> impianto di <b>RISCALDAMENTO, CLIMATIZZAZIONE, CONDIZIONAMENTO E REFRIGERAZIONE</b> , comprese le opere di evacuazione dei prodotti della combustione, <b>E DI VENTILAZIONE ED AERAZIONE DEI LOCALI;</b><br><input type="checkbox"/> impianto di <b>ESTINZIONE O CONTROLLO INCENDI/ESPLOSIONI, DI TIPO AUTOMATICO O MANUALE;</b><br><input type="checkbox"/> impianto di <b>CONTROLLO DEL FUMO E DEL CALORE;</b><br><input type="checkbox"/> impianto di <b>RIVELAZIONE</b> di fumo, calore, gas e incendio;<br><input type="checkbox"/> impianto di <b>SEGNALAZIONE ALLARME INCENDIO.</b> |
|---|---|

<sup>1</sup> Il presente modello può certificare un unico impianto.(nel caso di più impianti predisporre più modelli)

Denominazione dell'impianto:


Descrizione dell'impianto:


## C E R T I F I C A

**CHE, SULLA BASE DEI SOPRALLUOGHI E DEGLI ACCERTAMENTI EFFETTUATI, TENUTO ALTRESÌ CONTO DELLE CONDIZIONI DI ESERCIZIO E DEGLI USI A CUI È DESTINATO, L'IMPIANTO È STATO REALIZZATO IN MODO CONFORME ALLA REGOLA DELL'ARTE E RISULTA REGOLARMENTE FUNZIONANTE.**

In particolare, la realizzazione si è attenuta a:

- indicare le disposizioni di prevenzione incendi e le eventuali prescrizioni formulate dal Comando VV.F., applicabili all'impianto<sup>1</sup>:

---



---



---



---

- indicare le norme di buona tecnica (UNI, EN, CEI, CENELEC etc.) rispettate al momento della realizzazione dell'impianto<sup>1</sup>:

---



---



---



---

Il sottoscritto professionista attesta che la presente certificazione è completata dai seguenti allegati<sup>2</sup>:

- a) SCHEMA DELL'IMPIANTO COME REALIZZATO (comprensivo dei dati tecnici che descrivono le caratteristiche e le prestazioni dell'impianto e le caratteristiche dei componenti utilizzati nella sua realizzazione);
- b) RAPPORTO DI VERIFICA DELLE PRESTAZIONI E DEL FUNZIONAMENTO DELL'IMPIANTO;
- c) MANUALE D'USO E MANUTENZIONE ;
- d) ALTRO ( specificare)

Data

*Timbro  
Professionale*

Firma del professionista

<sup>1</sup> Qualora esistenti.

<sup>2</sup> Tali allegati ,consegnati al responsabile dell'attività, fanno parte del fascicolo da rendere disponibile presso l'indirizzo indicato nella Segnalazione Certificata di Inizio Attività.