

# 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: <input type="checkbox"/> Senza termocoppie <input type="checkbox"/> con termocoppie	--			
n° _____	Piano cottura con forno gas: <input type="checkbox"/> Senza termocoppie <input type="checkbox"/> con termocoppie	--			
n° _____	Forno gas	--			
n° _____	Caldaia <input type="checkbox"/> solo riscaldamento <input type="checkbox"/> con produzione (acs)				
n° _____	Scaldacqua				
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
<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"/>	
<b>Per impianti non domestici, oltre ai controlli sopra indicati, DICHIARO di aver effettuato anche il:</b>			
18	<b>Controllo</b> della compatibilità tra impianto gas e locale di installazione del/gli apparecchio/i	<input type="checkbox"/>	
19	<b>Controllo</b> della presenza e corretta posizione della valvola di intercettazione combustibile esterna al locale di installazione	<input type="checkbox"/>	
20	<b>Controllo</b> della ventilazione/aerazione del locale di installazione del/gli apparecchio/i	<input type="checkbox"/>	
21	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	
<b>L'IMPIANTO È DA CONSIDERARSI COMPATIBILE SE I SINGOLI CONTROLLI HANNO CONSEGUITO ESITO POSITIVO.</b>			

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)