

SPETT.



Via Torricelli 18 37036 - San Martino Buon Albergo – VR

**RICHIESTA DI PROVA  
 COMPRESSIONE SU CAROTE IN CLS**

MR005

pag. 1/1

MODULO DI RICHIESTA DI PROVE: obbligatoria la firma in originale del Direttore dei Lavori, il timbro può essere sostituito da autocertificazione accompagnata da carta di identità; La mancata SOTTOSCRIZIONE DEL D.L. SARA' ANNOTATA SUL CERTIFICATO/RdP e rende non valido il documento ai fini del DM 14/01/08

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_, DIRETTORE DEI LAVORI, **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'** (a norma del D.L. 14.01.08) **I SEGUENTI DATI** ED INVIA A CODESTO LABORATORIO I SEGUENTI CAMPIONI DA SOTTOPORRE ALLE PROVE SOTTO DEFINITE AVENDO PRELEVATO I PROVINI DAL CANTIERE: OPERA \_\_\_\_\_  
 PROPRIETARIO \_\_\_\_\_ CANTIERE in via/località \_\_\_\_\_  
 COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROVINCIA DI \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ IMPRESA \_\_\_\_\_  
 CON SEDE IN \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ E.MAIL \_\_\_\_\_

**CAROTE IN CONGLOMERATO CEMENTIZIO - PROVA DI COMPRESSIONE UNI 12405-1**

N. di prelievo	Contrassegno provino	Struttura corrispondente (es. solaio primo, fondazioni, pilastri travi, etc.)	Data del getto gg.mm.aa. (se ignota ma il provino è maturo indicare >28 gg.)	Direzione e di prelievo rispetto al getto	φ Carota cm	Lungh. carota cm	Eventuale presenza di barre (numero e posizione)	NOTE
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Dimensioni diametro carote: 5; 7.5; 10;15;16;20;30 in base al diametro massimo dell'aggregato utilizzato; altezza normale doppia del diametro della carota.

DATI	INTESTATORE CERTIFICATO	INTESTAZIONE FATTURA	Ulteriore inoltro a
Ragione sociale	_____	_____	_____
Indirizzo	_____	_____	_____
Località	_____	_____	_____
CAP CITTA'	_____	_____	_____
p.iva /C.F. intestatario fattura	_____	_____	<input type="checkbox"/> inoltro copia certificato ad altri <input type="checkbox"/> altra intestazione del certificato
Avvertire quando tutto pronto? Sì <input type="checkbox"/> al n. tel _____ / _____			
TIPO DI PAGAMENTO AL RITIRO DEI CERTIFICATI: <input type="checkbox"/> Contanti <input type="checkbox"/> Assegno <input type="checkbox"/> Bonifico Bancario			

Il richiedente SOTTOSCRIVE anche le NORME GENERALI del laboratorio, l'allontanamento dei provini distrutti, dopo 20 giorni dall'esecuzione della prova salvo diverse indicazioni, ed autorizza infine il trattamento elettronico dei dati personali soggetti all'art. 10 L.625/96 e s.m.i. esclusivamente ai fini contabili e fiscali ed esprime il consenso alla ricezione delle fatture a mezzo posta elettronica all'indirizzo sopra espresso, ai sensi dell'art. 21 del DPR 633/72. come modificato dal DL 20 febbraio 2004 n. 52.

VERBALE DI ACCETTAZIONE	
NUMERO	_____
DATA	_____

**TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE DEI LAVORI**

Redatto da CRS: Ing. Diego Dalla Chiara	Approvato da DL: Ing. Giorgio Pomini	Rev. del 12/11/12