

SPETT.



Via Torricelli 18 37036 - San Martino Buon Albergo – VR

**RICHIESTA DI PROVA
MODULO ELASTICO A COMPRESSIONE
SU PROVINI IN CLS**

MR008

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. Un controllo di accettazione per cls è costituito da tre coppie di cubi.

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 _____

PROVINI IN CONGLOMERATO CEMENTIZIO - PROVA DI MODULO ELASTICO A COMPRESSIONE UNI 6556

N. prelievo	Contrassegno del provino	R'ck dich.	Posizione del getto (fondazioni, pilastr, solaio n....., etc)	Data del getto gg-mm-aa	Diagr.sforzi/ deformaz.? SI = <input checked="" type="checkbox"/>	Dimensioni lato/diametro cm	Altezza cm	NOTE
1/0					<input type="checkbox"/>			Provino per det. resistenza
2/0					<input type="checkbox"/>			Provino per det. resistenza
3/0					<input type="checkbox"/>			Provino per det. resistenza
1					<input type="checkbox"/>			
2					<input type="checkbox"/>			
3					<input type="checkbox"/>			

Dimensioni spigolo dei cubi: 10; 15; 20; 25; 30 in base al diametro massimo dell'aggregato utilizzato
 Cilindri: altezza del provino = 2 volte il diametro

DATI	INTESTATORE CERTIFICATO/RDP	INTESTAZIONE FATTURA	Ulteriore inoltro a
Ragione sociale	_____	_____	_____
Indirizzo	_____	_____	_____
Località	_____	_____	_____
CAP CITTA'	_____	_____	_____
p.iva /C.F. intestatarario 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/RDP: <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	_____

<p>TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE DEI LAVORI</p>

Redatto da CRS: Ing. Diego Dalla Chiara

Approvato da DL: Ing. Giorgio Pomini

Rev. del 12/11/12

La merce viaggia in esenzione di bolla di accompagnamento ai sensi dell'art. 4 e 4.7 del dpr del 06.10.78; trattasi infatti di campioni a prove tecniche distruttive.