

SPETT.



Viale del Lavoro 16, 37036 - San Martino Buon Albergo – VR

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

MR004

pag. 1/1

MODULO DI RICHIESTA DI PROVE: obbligatoria la firma ed il timbro in originale del Direttore dei Lavori, in alternativa può essere inviato via PEC **prima della consegna dei provini** al laboratorio; un controllo di accettazione per cls è costituito da tre coppie di cubi (se i provini consegnati sono inferiori a 6 verrà segnalato che il certificato non è valido ai fini del controllo di accettazione di tipo "A" previsto al DM 17/01/18). La mancanza del riferimento obbligatorio al verbale di prelievo verrà annotata sul certificato di prova. Il committente dichiara di conoscere le tariffe e le norme generali del Laboratorio e si impegna a rispettarle. I risultati di prova saranno comunicati solo attraverso certificato o RdP. Il materiale non accompagnato da richiesta di prova verrà **RESPINTO**. La mancata **SOTTOSCRIZIONE DEL D.L. SARA' ANNOTATA SUL CERTIFICATO/RdP** e rende non valido il documento ai fini del DM 17/01/18.

IL MODULO VA COMPILATO OBBLIGATORIAMENTE IN TUTTE LE SUE PARTI. DIVERSAMENTE IL MATERIALE VERRA' RESPINTO.

IL SOTTOSCRITTO _____, DIRETTORE DEI LAVORI _____ (e-mail PEC del DL)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' (a norma del D.L. 17.01.18) I SEGUENTI DATI ED INVIA A CODESTO LABORATORIO

TRAMITE IL SIG. _____ DELLA DITTA _____

I SEGUENTI CAMPIONI DA SOTTOPORRE ALLE PROVE SOTTO DEFINITE AVENDO PRELEVATO I PROVINI DAL **CANTIERE**:
 OPERA _____

CANTIERE in via/località _____ COMUNE DI _____ PROVINCIA _____

CILINDRI IN CONGLOMERATO CEMENTIZIO - PROVA DI COMPRESSIONE UNI 12390-3

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.)	φ Nom. cm	Lungh. nom. cm	NOTE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

DATI	INTESTAZIONE CERTIFICATO/RDP	INTESTAZIONE FATTURA	COMMITTENTE
Ragione sociale / Nome e Cognome	_____	_____	_____
Indirizzo	_____	_____	_____
Località	_____	_____	_____
Cap-Città	_____	_____	_____
P.IVA /C.F. intestatario fattura	_____	COD.UNIVOCO/PEC intestatario fattura	TELEFONO COMMITTENTE: _____
E-mail per invio fattura e avviso prove in consegna _____			
TIPO DI PAGAMENTO AL RITIRO DEI CERTIFICATI/RDP: <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Assegno <input type="checkbox"/> Bonifico Bancario			

Il richiedente **SOTTOSCRIVE** anche le **NORME GENERALI** del laboratorio, l'allontanamento dei provini distrutti, dopo 30 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 (COMPILAZIONE A CURA EISEKO PROVE)	
NUMERO	_____
DATA	_____

TIMBRO E FIRMA IN ORIGINALE DEL DIRETTORE DEI LAVORI

Redatto da CRS: Ing. Diego Dalla Chiara

Approvato da DL: Ing. Giorgio Pomini

Rev. del
17/04/18