

SPETT.



Via Torricelli 18 37036 - San Martino Buon Albergo – VR

**RICHIESTA DI PROVA
AREA DI NERVATURA-DENTELLATURA
BARRE DA C.A.**

MR014

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 _____

| N. di provini | Sigla cartellino | Tipo di acciaio | φ Nominale mm. | NOTE |
|---------------|------------------|-----------------|----------------------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nota: per ogni diametro e tipo di barre consegnare n. 3 campioni di lunghezza ≥ 1.2 ml

| 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: <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 (COMPILAZIONE A CURA EISEKO PROVE) | |
|---|-------|
| 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 |
|---|--|----------------------|