

MODALITÀ PER L'INVIO DI QUESTO MODELLO: mail – metrico@tb.camcom.it PEC: metrico@pec.tb.camcom.it fax: **0422595465 – 0437955176**

<p>DATI SEDE LEGALE DEL TITOLARE DELLO STRUMENTO (indicare ragione sociale e indirizzo della sede legale della ditta che detiene gli strumenti metrici da verificare)</p> <p>Numero REA:</p>	<p>LUOGO DI UTILIZZO DEGLI STRUMENTI (indicare il LUOGO in cui gli strumenti sono ubicati e le informazioni sugli orari di apertura/chiusura)</p> <p>Telefono: Orari:</p> <p>Giorno di chiusura:</p>	<p>DATI DELLA DITTA DI MANUTENZIONE (in caso di riparazione degli strumenti con rimozione dei bolli indicare la ditta che ha effettuato l'intervento)</p>
---	--	--

IL SOTTOSCRITTO TITOLARE DELLO STRUMENTO METRICO CHIEDE DI SOTTOPORRE A VERIFICA I SEGUENTI STRUMENTI DI MISURA:

MARCA / TIPO dello strumento	MATICOLA	PORTATA/DIV.	PARTE DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI RICHIESTA A SEGUITO DI RIPARAZIONE CON RIMOZIONE DEI BOLLI	
			TIPO RIPARAZIONE	N. BOLLI

<p>MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA:</p> <p><input type="checkbox"/> rimozione bolli a seguito riparazione</p> <p><input type="checkbox"/> rimozione bolli a seguito riparazione su ordine di aggiustamento</p> <p><input type="checkbox"/> scadenza termini della verifica periodica</p> <p><input type="checkbox"/> installazione di nuovo strumento</p> <p><input type="checkbox"/> altro (indicare)</p>	<p>TIPOLOGIA DI STRUMENTI:</p> <p><input type="checkbox"/> PER PESARE</p> <p><input type="checkbox"/> VOLUMETRICI PER CARBURANTE</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO (indicare):</p>	<p>CHIEDE CHE LE OPERAZIONI DI VERIFICA SIANO EFFETTUATE:</p> <p><input type="checkbox"/> PRESSO IL LUOGO DI UTILIZZO</p> <p><input type="checkbox"/> PRESSO IL LABORATORIO DELLA CCIAA (previo appuntamento)</p> <p><input type="checkbox"/> PRESSO IL FABBRICANTE METRICO (indicare il luogo):</p>
---	---	---

N.B.: PER LA VERIFICA DI STRUMENTI PER PESARE DI PORTATA MASSIMA SUP. A 60 KG LE MASSE CAMPIONE E L'EVENTUALE MEZZO DI TRASPORTO DEVONO ESSERE MESSE A DISPOSIZIONE DAL TITOLARE DELLO STRUMENTO.

SPAZIO RISERVATO ALLA DITTA DI MANUTENZIONE – DICHIARAZIONE DA SOTTOSCRIVERE IN CASO DI RIMOZIONE DEI BOLLI

Il sottoscritto, manutentore della ditta sopraindicata, ai sensi della **Direttiva Ministeriale n. 1257341 del 14/11/2000 DICHIARA** di aver eseguito le riparazioni sopra descritte. Inoltre, in caso di interventi eseguiti su strumenti elettronici provvisti dei bolli di verifica prima nazionale, ai sensi della **C.M. n. 552689/62 del 17 settembre 1997, DICHIARA** di aver eseguito le operazioni di manutenzione secondo le istruzioni fornite dal costruttore ed elencate nel manuale d'uso e manutenzione, vistato per approvazione dall'Ufficio Centrale Metrico, e pertanto che l'apparecchiatura di cui si chiede la verifica a seguito di rimozione di bolli metrici non ha subito modifiche e mantiene i requisiti originari dichiarati dal fabbricante per l'ammissione a verifica metrica.

Data:

Firma del manutentore:

- > Le tariffe per la verifica degli strumenti sono reperibili presso ogni sede della Camera di Commercio di Treviso - Belluno e sul sito www.tb.camcom.gov.it
- > Il pagamento della tariffa dovrà essere effettuato contestualmente o successivamente alla verifica metrica sul c.c.p. n. 001032746610 oppure tramite bonifico bancario presso: Cassa di Risparmio del Veneto spa - Gruppo Intesa San Paolo - codice IBAN: IT42 V062 2512 1861 0000 0460 075 - codice BIC: IBSPIT2P. Nella causale andrà indicato **"verifica periodica strumenti metrici"**. La fattura verrà emessa a pagamento avvenuto e sarà spedita via email.

Data:

Firma del titolare dello strumento metrico: