

VIA PRIGNANO, 79 - 84084 FISCIANO (SA)

P.IVA:03971290659 Tel.: 349-8784498 email:c.a.t.federico@alice.it

Catasto Imp.: _____ Prot. _____

Data del Controllo _____

Impianto termico sito nel comune di _____ Pr. _____

in via/piazza _____ n° _____ SCALA _____ Piano _____ Interno _____ CAP _____

Responsabile dell'Impianto: .. C.Fisc: _____

Indirizzo: _____ Tel. _____

In qualità di: Proprietario Occupante Terzo Responsabile

Propriet.dell'impianto: _____ Via _____ Città _____ C.F. _____ Tel. _____

A. Identificazione dell'impianto:

Costruttore: _____ Modello: _____ Matricola: _____

Marcatura effic. energetica: (D.P.R. 15/11/1996, n.660) _____ Pot. term.nom.al focolare (KW) _____ Pot.term.nom.utile (KW) _____

Anno costruzione: _____ Data installazione: _____ Riscaldamento: Acqua sanitaria: Caldaia: tipo B tipo C

Combustibile Gas di rete GPL Gasolio Kerosene Altri _____

Tiraggio naturale: Tiraggio Forzato: Locale installazione _____

B DOCUMENTAZIONE TECNICA DI CORREDO	SI	NO	N.C.*
- Dichiarazione di conformità dell'impianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Libretto d'impianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Libretto d'uso e manutenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C ESAME VISIVO DEL LOCALE DI INSTALLAZIONE	SI	NO	N.C.*
- Idoneità del locale di installazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ES*
- Adeguate dimensioni delle aperture di ventilazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aperture di ventilazione libere da ostruzioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D ESAME VISIVO DEI CANALI DA FUMO	SI	NO	N.C.*
- Pendenza corretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sezioni Corrette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Curve Corrette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lunghezza Corretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Buono stato conservazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E CONTROLLO EVACUAZIONE DEI PRODOTTI DELLA COMBUSTION	SI	NO	N.C.*
- Scarico in camino singolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Scarico in canna fumaria collettiva ramificata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Scarico a parete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Per apparecchio a tiraggio naturale: non esistono reflussi dei fumi nel locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Per apparecchio a tiraggio forzato: assenza di perdite dai condotti scarico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F CONTROLLO DELL'APPARECCHIO	SI	NO	N.C.
- Ugelli del bruciatore principale e del bruciatore pilota (se esiste) puliti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dispositivo rompitiraggio-antivento privo di evidenti tracce di deterioramento, ossidaz. e/o corrosione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Scambiatore lato fumi pulito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accensione e funzionamento regolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dispositivi di comando e regolazione funzi. corr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assenza di perdite e ossidazioni dai/sui raccordi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Valvola di sicurezza contro la sovrappressione a scarico libero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vaso di espansione carico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dispositivi di sicurezza non manomessi e/o cortocircuitati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Organi soggetti a sollecitazioni termiche integri e senza segni di usura e/o deformazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Circuito aria pulito e libero da qualsiasi impediment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Guarnizione di accoppiamento al generatore integra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G CONTROLLO DELL'IMPIANTO	P	N	N.A.
P=Positivo; N=Negativo; N.A. = Non Applicabile			
Controllo assenza fughe di Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verifica visiva coibentazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verifica efficienza evacuazione fumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H CONTROLLO DI RENDIMENTO DI COMBUSTIONE (Rif. UNI 10389-UNI 10845 e succ. mod)	Effettuato	Non Effettuato
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperatura fumi (°C)	Temperatura amb.te (°C)	O ₂ (%)	CO ₂ (%)	Bacharach (n°)	CO(ppm)	Rend.toCombustibile (%)	Tiraggio(pa)

OSSERVAZIONI: _____

RACCOMANDAZIONI: (In attesa di questi interventi l'impianto può essere messo in funzione) _____

PRESCRIZIONI: (In attesa di questi interventi l'impianto non può essere messo in funzione) _____

In mancanza di prescrizioni esplicite, il tecnico dichiara che l'apparecchio può essere messo in servizio ed usato normalmente senza compromettere la sicurezza delle persone, degli animali domestici e dei beni.
Ai fini della sicurezza l'impianto può funzionare SI NO

Il tecnico declina altresì ogni responsabilità per sinistri a persone, animali o cose derivanti da manomissioni dell'impianto o dell'apparecchio da parte di terzi, ovvero da carenze di manutenzione successiva. In presenza di carenze riscontrate e non eliminate, il responsabile dell'impianto si impegna, entro breve tempo, a provvedere alla loro risoluzione dandone notizia all'operatore incaricato.

TECNICO CHE HA EFFETTUATO IL CONTROLLO:
 COGNOME E NOME: **FEDERICO CARMINE** RAGIONE SOCIALE: **C.A.T. DI FEDERICO CARMINE**

Indirizzo: **VIA PRIGNANO, 79 - 84084 FISCIANO (SA)** Telefono: **349-8784498**

Estremi del documento di qualifica **ISCRIZ. A.A. DI SALERNO N.81545- ISCRIZ. C.C.I.A.A. N.335910 DI SA**

Orario di arrivo presso l'impianto: _____ Orario di partenza dall'impianto: _____

Timbro e firma dell'operatore **Firma del responsabile dell'impianto (per presa visione)**