

**RICHIESTA DI VERIFICAZIONE PERIODICA DI STRUMENTI PER PESARE AWI, NAWI  
D.M. 21 APRILE 2017 N. 93**

|                                                                                                                     |  |            |  |            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|------------|--|
| DATI DEL RICHIEDENTE                                                                                                |  |            |  |            |  |
| Ragione Sociale:                                                                                                    |  |            |  |            |  |
| via:                                                                                                                |  | CAP:       |  |            |  |
| Città:                                                                                                              |  | Provincia: |  |            |  |
| Tel.:                                                                                                               |  | Fax:       |  |            |  |
| Email:                                                                                                              |  | Sito WEB:  |  |            |  |
| Indirizzo Fiscale:                                                                                                  |  | P.IVA:     |  |            |  |
| Nominativi delle funzioni aziendali:                                                                                |  |            |  |            |  |
| Responsabile dei rapporti con NWE:                                                                                  |  |            |  |            |  |
| TITOLARE DELLO STRUMENTO <i>(se diverso dal richiedente)</i>                                                        |  |            |  |            |  |
| Ragione Sociale:                                                                                                    |  |            |  |            |  |
| Via:                                                                                                                |  | CAP:       |  |            |  |
| Città:                                                                                                              |  | Provincia: |  |            |  |
| Tel.:                                                                                                               |  | Email:     |  |            |  |
| <b>RICHIESTA PER L'ESECUZIONE DELLA VERIFICAZIONE PERIODICA SU STRUMENTI PER PESARE A FUNZIONAMENTO AUTOMATICO.</b> |  |            |  |            |  |
| <b>TIPO DI STRUMENTO DA VERIFICARE:</b>                                                                             |  |            |  |            |  |
| <input type="checkbox"/> selezionatrici ponderali a funzionamento automatico :                                      |  |            |  |            |  |
| marca:                                                                                                              |  | modello:   |  | matricola: |  |
| marca:                                                                                                              |  | modello:   |  | matricola: |  |
| marca:                                                                                                              |  | modello:   |  | matricola: |  |
| CARATTERISTICHE METROLOGICHE DELLO STRUMENTO:                                                                       |  |            |  |            |  |
| campo di misura:                                                                                                    |  |            |  |            |  |
| classi di accuratezza:                                                                                              |  |            |  |            |  |

|                                                                                                                                 |  |          |  |            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--|------------|--|
| <b>RICHIEDSTA PER L'ESECUZIONE DELLA VERIFICAZIONE PERIODICA SU STRUMENTI PER PESARE A FUNZIONAMENTO NON AUTOMATICO (NAWI).</b> |  |          |  |            |  |
| <b>TIPO DI STRUMENTO DA VERIFICARE:</b>                                                                                         |  |          |  |            |  |
| marca:                                                                                                                          |  | modello: |  | matricola: |  |
| marca:                                                                                                                          |  | modello: |  | matricola: |  |
| marca:                                                                                                                          |  | modello: |  | matricola: |  |
|                                                                                                                                 |  |          |  |            |  |
|                                                                                                                                 |  |          |  |            |  |
|                                                                                                                                 |  |          |  |            |  |
|                                                                                                                                 |  |          |  |            |  |
|                                                                                                                                 |  |          |  |            |  |

|                                                      |  |
|------------------------------------------------------|--|
| <b>CARATTERISTICHE METROLOGICHE DELLO STRUMENTO:</b> |  |
| campo di misura:                                     |  |
| classi di accuratezza:                               |  |

*L'attività di verifica periodica sarà effettuata dall'Organismo entro 45 giorni dalla ricezione del presente documento firmato e timbrato per accettazione (rif. D.M. 93/2017 – art. 4.16).*

Data:

Timbro e firma  
*Il Richiedente*

\_\_\_\_\_

Timbro e firma  
*Il Titolare dello strumento*

\_\_\_\_\_