



LABORATORIO METRICO TRENTINO
BOLLATURA BILANCE - CONSULENZA METRICA
TRENTO - VIA LINZ, 103
TEL. 0461 821247 - FAX 0461 427119
LMT@IGNAZZIGIUSEPPE.IT

Richiesta verificaione periodica / Comunicazione variazioni

Il sottoscritto Utente Metrico: _____

con sede in via _____

Comune _____ cap _____ Prov. _____

P.Iva _____ e-mail : _____

Pec: _____ Codice univoco SDI: _____

Orari di apertura: _____ Giorno/i di chiusura: _____

Luogo di ubicazione strumento:

identico all'indirizzo di cui sopra

indirizzo diverso: Via _____ Comune _____ cap _____ Prov. _____

incarica il Laboratorio Metrico Trentino / Ignazzi Giuseppe & C. snc di eseguire la verificaione periodica e/o di comunicare le variazioni degli strumenti sottoelencati:

Nr°	Fabbricante	Modello	Matricola	Portata (max) kg	Divisione (e) g	nuova installazione	cessato utilizzo	spostamento ad altra sede *	scadenza della verificaione periodica (indicare mese / anno)	riparazione con rimozione dei sigilli
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___ / ___	<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___ / ___	<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___ / ___	<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___ / ___	<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___ / ___	<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___ / ___	<input type="checkbox"/>

* (indicare il nuovo luogo di utilizzo): Via _____ Comune _____ cap _____ Prov. _____

Data _____ Firma e timbro Utente Metrico _____