

MOD. 25-02
REV. 03 DEL 25.09.2026

a cura dell'O.N.

Protocollo N. **

Data **

Io sottoscritto

	(nome)	(cognome)
In qualità di	☐ Titolare	☐ Legale Rappresentante
della	☐ Ditta	☐ Società
Con ragione sociale		
Esercente attività di		
Con sede legale in		
P.IVA/C.F.		Codice SDI
Cellulare/Telefono		Contatto e-mail

Richiede l'intervento di Verificatori Associati Italiani S.r.l. Società Benefit, Organismo di Ispezione abilitato per l'esecuzione delle verifiche ex Direttiva 2010/35/UE da svolgere presso la sede di:

Indirizzo:

CAP Città Provincia

SPECIFICHE DELLA RICHIESTA

☐ Attività di valutazione

Descrizione prodotto _____

Tipo _____ Serie _____

☐ Approvazione prototipo ☐ Valutazione conformità ☐ Rivalutazione conformità

☐ Valutazione del servizio interno di ispezione del fabbricante e/o richiedente (valutazione del Sistema di qualità)

N° addetti ☐ Servizio di ispezione della fabbricazione ☐ Servizio di ispezione periodica

Fascicolo tecnico n° _____ Disegni _____

Rapporti tecnici _____ Eventuali certificati di conformità del prototipo _____

Regolamenti vigenti alla data della domanda: ☐ ADR ☐ RID ☐ ADN Normativa di riferimento EN UNI

☐ Si dichiara che non sono state apportate modifiche ai processi ed attrezzature impiegate rispetto al collaudo precedente

☐ Attività di ispezione

Descrizione del prodotto _____ Quantità: _____

TIPOLOGIA DI ATTREZZATURA

☐ Contenitore ☐ Cisterna ☐ Valvola o dispositivo sicurezza ☐ Altro

SERVIZIO RICHIESTO:

☐ Ispezione periodica ☐ Ispezione periodica intermedia ☐ Ispezione straordinaria ☐ in convenzione

Regolamenti vigenti alla data della domanda: ☐ ADR ☐ RID ☐ ADN Normativa di riferimento EN UNI

☐ Si dichiara che non sono state apportate modifiche ai processi ed attrezzature impiegate rispetto al collaudo precedente

☐ Attività di verifica messa in servizio

Luogo e data:

Timbro e firma (se compilata dal cliente):

MOD. 25-02
REV. 03 DEL 25.09.2026

a cura dell'O.N.

Protocollo N. **

Data **

Sezione riservata a Verificatori Associati Italiani S.r.l. Società Benefit		
In caso di richiesta non compilata dal cliente		
☐ Richiesta telefonica	Modulo compilato da:	Data:
Esito riesame della richiesta	☐ Accettata (non esiste conflittualità)	☐ Respinta (esiste conflitto di interessi)
Data:	Firma Responsabile Tecnico:	
Il compenso per le attività di verifica viene stabilito in EURO: _____ + IVA		

Condizioni contrattuali

1. L'accettazione del presente conferimento vale come contratto tra le parti. Il contratto diventerà esecutivo e vincolerà le parti solo in seguito al riesame effettuato dall'organismo.
2. Il Fabbricante e/o Richiedente dichiara di essere a conoscenza (documenti disponibili su www.portalevai.it) del Regolamento per la Certificazione-Ispezione TPED di dividerne appieno i contenuti e di accettarne integralmente le clausole previste e di osservare, per quanto applicabile, le disposizioni di cui alle Direttive UE vigenti alla data della domanda.
3. Dichiara inoltre:
 - di essere a conoscenza, di aver letto e di accettato il regolamento sopra citato.
 - di essere a conoscenza, di aver letto e di accettare il pagamento degli oneri relativi alla certificazione TPED richiesta previsti dal tariffario ISPESL di cui al Decreto 7 luglio 2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n 125 del 18 luglio 2005 o dalla eventuale Convenzione sottoscritta ed in essere.
 - di non aver presentato analoga richiesta ad altro Organismo Notificato.
4. Esprime il consenso al trattamento dei dati per i fini esclusivamente istituzionali, contabili e fiscali, ai sensi del D.Lgs. n.101/18.
5. In caso di accettazione della presente offerta economica i possibili ispettori dell'Organismo incaricati alla verifica saranno scelti tra quelli indicati sul sito internet. Il Committente ha diritto di recusare per giustificati motivi uno o più ispettori riportati nell'elenco scaricabile dal sito internet di Verificatori Associati Italiani S.r.l. Società Benefit, dandone motivata comunicazione scritta a mezzo PEC all'indirizzo vai@pec.it.
6. Il soggetto richiedente la verifica si impegna a fornire i mezzi e gli aiuti necessari all'espletamento dell'incarico, l'accesso ai locali, l'assistenza con personale di fiducia abilitato, la documentazione necessaria e il piano di lavoro per la tutela della sicurezza ove richiesto.
7. Il corrispettivo per le prestazioni eseguite sarà dovuto a Verificatori Associati Italiani S.r.l. Società Benefit a conclusione delle verifiche ed a seguito del rilascio di regolare fattura, indipendentemente dall'esito della verifica

Luogo e Data: _____

Il Committente Timbro e Firma	Verificatori Associati Italiani S.r.l. Società Benefit Timbro e Firma

Sezione riservata a Verificatori Associati Italiani S.r.l. Società Benefit- Riesame finale del contratto		
Esito riesame ☐ positivo ☐ negativo	Data:	Firma responsabile Tecnico: