

RISERVATO ALL'UFFICIO

Registrato al n° _____ del Verbale di

accettazione del _____

Codice modello **CLS-CA-2022/A/1**

Spett./le

**LABORATORIO AUTORIZZATO DI PROVE SUI MATERIALI
DA COSTRUZIONE - Tel. 0923 559418 www.labgbamico.it
e-mail info@labgbamico.it Pec labgbamico@pec.labgbamico.it**

c/o

**L'ISTITUTO SUPERIORE "S. Calvino - G.B. Amico"
Sez. Istituto Tecnico per Geometri "G.B. Amico"
Via Salemi, 49 - 91100 - TRAPANI Tel. 0923/559418**Il sottoscritto _____ ☐ DIRETTORE DEI LAVORI ☐ COLLAUDATORE☐ VERIFICATORE DELLE STRUTTURE sotto specificati, chiede che vengano sottoposti a prova distruttiva per compressione n° ☐ carote di conglomerato cementizio lunghezza _____ diametro _____

N.	Data del carotaggio / prelievo	Numero verbale di prelievo	Contrassegno (riportato sul provino)	Posizione del provino nelle strutture
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

NORMATIVA DI RIFERIMENTO NTC ☐ 2008 NTC ☐ 2018Dichiara sotto la propria responsabilità, che i provini sono stati prelevati in conformità a quanto disposto dal § 8.5.3 §11.2.2 del DM 17/01/2018, che il cantiere di riferimento da cui provengono i provini è (ubicazione e descrizione dei lavori) :

Del certificato/rapporto di prova si chiedono: n° _____ copie in carta semplice e n° _____ copie in Bollo.

Procedura: ☐ Ordinaria (entro 30 gg.) ☐ Urgente (entro 7 gg.)

Ai sensi della CIRCOLARE 21 Gennaio 2019, n. 7 C.S.LL.PP., i certificati riportanti gli esiti delle prove di accettazione saranno consegnati in originale analogico al Direttore Tecnico, indipendentemente dal soggetto che effettua il pagamento della prestazione, oppure dietro specifica richiesta potranno essere trasmessi, allo stesso Direttore Tecnico, tramite PEC in formato elettronico, firmati digitalmente, ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale.

Committente dei lavori (Proprietario o Ente appaltante) _____

via _____ n° _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Fatturare a: _____ via _____ n° _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____ P.I.V.A. _____

Data _____ Recapito Tel. _____ C.F. _____

Pagamento con :

**bonifico CREDIT AGRICOLE
IBAN IT 06 Y 06230 16401 000015105360****intestato a:** Laboratorio Autorizzato Prove
Istituto Superiore "S. Calvino - G.B. Amico"
Via Salemi, 49 - 91100 TRAPANI**pagobancomat presso il laboratorio
Cod. Fisc. 80004590818 P.I.V.A. 02516440811**I suddetti provini, come da verbale di prelievo,
sono stati prelevati alla presenza:☐ del sottoscritto _____FIRMA
_____Timbro del Direttore
TecnicoRecapito Tel. _____
e-mail _____