

LIBRETTO METROLOGICO (decreto 21 aprile 2017 n. 93)

Titolare dello Strumento

Denominazione:

Indirizzo:

Cod. Fisc. _____ partita I.V.A.

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Denominazione:

Indirizzo:

Cod. Fisc. _____ partita I.V.A.

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tipo di approvazione: ☐ nazionale ☐ CE/UE (MID) ☐ CEE ☐ CE/UE (NAWI)

Anno della marcatura CEE o della marcatura CE + supp. M: _____

Documento di approvazione (EC/EU type o design Examination Certificate/Decreto di ammissione/altro) _____

Data di messa in servizio: _____ Versione software _____

Organismo notificato n° _____ modulo di accertamento della conformità B+D

Note, varie, descrivere:

Libretto Originale ☐ sì ☐ no

Strumento temporaneo ☐ sì ☐ no

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:

_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza(MM/AAAA)** ____/____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:

_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza(MM/AAAA)** ____/____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:

_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza (MM/AAAA)** _____ / _____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:
_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza (MM/AAAA)** ____/____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:

_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza(MM/AAAA)** ____/____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:

_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza(MM/AAAA)** ____/____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:

_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza (MM/AAAA)** _____ / _____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:
_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza (MM/AAAA)** _____ / _____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:
_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza (MM/AAAA)** ____/____/____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

☐ Verificazione Periodica ☐ Controllo casuale ☐ Controllo a richiesta

☐- Laboratorio _____ Denominazione e identificazione e n° _____
☐- Organismo _____
☐- Camera di _____
Commercio _____

Addetto Verificazione Periodica "AVP" _____ codice _____

Lo Strumento è in servizio presso l'indirizzo: _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Tutti i sigilli di protezione previsti dal piano di legalizzazione sono integri, presenti con marchio identificativo:

_____ per n° _____

Presente dichiarazione di conformità, se previsto, datata _____

Strumento sottoposto a verificazione periodica a seguito di: ☐ scadenza (MM/AAAA) _____ / _____

☐ riparazione del _____ ☐ ordine di aggiustamento n° _____ del _____ cciaa di _____

Lo Strumento è stato controllato e verificato adottando le metodologie contenute nel Decreto di Riconoscimento.

Prove tecniche eseguite conformi, rapporto di verificazione n° _____

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione distruttibili (codice: _____)

Suggellatura con n° _____ sigilli di protezione, piombatura.

Contrassegno applicato ☐ esito positivo (codice _____) ☐ esito negativo (codice _____)

OSSERVAZIONI:

Data verificazione periodica _____ **Data di scadenza (MM/AAAA)** _____ / _____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma AVP

[] Riparazione

marchio identificato [_____]

Denominazione:

Indirizzo:

tel. _____ email _____

Tecnico (nome e cognome): _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Descrizione dell'intervento/anomalie riscontrate:

N. di sigilli di protezione "distruttibili" rimossi _____ con marchio _____

N. di sigilli di protezione "piombi" rimossi _____ con marchio _____

Numero di sigilli di protezione provvisori applicati, (n. e organo/funzione), descrivere:

Parti del sistema di misura sostituiti: (fabbricante/modello/matricola sostituita e installata)

OSSERVAZIONI:

Data riparazione _____ rapporto di lavoro n° _____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma TECNICO

[] Riparazione

marchio identificato [_____]

Denominazione:

Indirizzo:

tel. _____ email _____

Tecnico (nome e cognome): _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Descrizione dell'intervento/anomalie riscontrate:

N. di sigilli di protezione "distruttibili" rimossi _____ con marchio _____

N. di sigilli di protezione "piombi" rimossi _____ con marchio _____

Numero di sigilli di protezione provvisori applicati, (n. e organo/funzione), descrivere:

Parti del sistema di misura sostituiti: (fabbricante/modello/matricola sostituita e installata)

OSSERVAZIONI:

Data riparazione _____ rapporto di lavoro n° _____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma TECNICO

[] Riparazione

marchio identificato [_____]

Denominazione:

Indirizzo:

tel. _____ email _____

Tecnico (nome e cognome): _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Descrizione dell'intervento/anomalie riscontrate:

N. di sigilli di protezione "distruttibili" rimossi _____ con marchio _____

N. di sigilli di protezione "piombi" rimossi _____ con marchio _____

Numero di sigilli di protezione provvisori applicati, (n. e organo/funzione), descrivere:

Parti del sistema di misura sostituiti: (fabbricante/modello/matricola sostituita e installata)

OSSERVAZIONI:

Data riparazione _____ rapporto di lavoro n° _____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma TECNICO

[] Riparazione

marchio identificato [_____]

Denominazione:

Indirizzo:

tel. _____ email _____

Tecnico (nome e cognome): _____

Tipo dello Strumento: Strumento per pesare a funzionamento non automatico.

Fabbricante/marca: _____

Modello: _____ N° di serie/SN _____

Ripetitore _____ Classe _____ Divisione _____

Portata: minima _____ massima _____

Caratteristiche dello strumento:

Descrizione dell'intervento/anomalie riscontrate:

N. di sigilli di protezione "distruttibili" rimossi _____ con marchio _____

N. di sigilli di protezione "piombi" rimossi _____ con marchio _____

Numero di sigilli di protezione provvisori applicati, (n. e organo/funzione), descrivere:

Parti del sistema di misura sostituiti: (fabbricante/modello/matricola sostituita e installata)

OSSERVAZIONI:

Data riparazione _____ rapporto di lavoro n° _____

Firma Titolare – (nome e cognome)

Firma TECNICO