

S.n



LIBRETTO METROLOGICO

Art. 4, comma 12 del D.M. 21 aprile 2017, n. 93

Titolare dello strumento

Denominazione/Ragione Sociale:

P. IVA/C.F.: /

REA:

Indirizzo sede legale:

Città:

Cap:

Provincia:

Indirizzo presso cui lo strumento è in servizio, se diverso da quello sopra specificato:

Città:

Cap:

Provincia:

Accertamento della Conformità

Data di messa in servizio _____

Organismo notificato N° _____ Denominazione _____ (mod B/D1/E1/F1/G/H/H1)

Organismo notificato N° _____ Denominazione _____ (mod D/ E/ F)

Modulo/i di accertamento della conformità: B + D B + E B + F D1 E1 F1 G H H1

Versione software/checksum/CRC/contatore di eventi

Utilizzo

Strumento Temporaneo SI NO

Libretto Originale SI NO

Tipo di strumento	
Marca e Modello:	N° di serie:
Tipo approvazione : <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/> CE/UE(MID) <input type="checkbox"/> CEE <input type="checkbox"/> CE/UE(NAWI)	
Anno di fabbricazione (*) o Marcatura CE e della marcatura supplementare M (**):	
Classe di accuratezza / Classe di precisione:	
Documento di approvazione (EC/EU Type Approval o Design Examination Certificate/Decreto di ammissione / altro)	
Descrizione dello strumento	

(*) *Fabbricazione per strumenti con verifica prima nazionale*

(**) *Marcatura CE per strumenti conformi alla normativa Europea*

In alternativa il Fabbricante può applicare copia dell'etichetta di immatricolazione nello spazio di seguito:



SPAZIO DESTINATO ALLA MODIFICA DEL TITOLARE DELLO STRUMENTO		VARIAZIONE DEL: ____/____/____
Denominazione/Ragione Sociale:		
P. IVA/C.F.:	REA:	
Indirizzo sede legale:		
Città:	Cap:	Provincia:
Indirizzo presso cui lo strumento è in servizio, se diverso da quello sopra specificato:		
Città:	Cap:	Provincia:

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____

FABBRICANTE _____

TIPO _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____

FABBRICANTE _____

TIPO _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____

FABBRICANTE _____

TIPO _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____
 FABBRICANTE _____
 TIPO _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____

FABBRICANTE _____

TIPO _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____
 FABBRICANTE _____
 TIPO _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____
 FABBRICANTE _____
 TIPO _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____

FABBRICANTE _____

TIPO _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____

FABBRICANTE _____

TIPO _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____
 FABBRICANTE _____
 TIPO _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____

FABBRICANTE _____

TIPO _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____
 FABBRICANTE _____
 TIPO _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: POSITIVO NEGATIVO

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____

FABBRICANTE _____

TIPO _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____
 FABBRICANTE _____
 TIPO _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____
 FABBRICANTE _____
 TIPO _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____
 N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: POSITIVO NEGATIVO

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

TIPO DI INTERVENTO	Verifica periodica <input type="checkbox"/>	Riparazione <input type="checkbox"/>	Riparazione e contestuale verifica periodica <input type="checkbox"/>	Controllo casuale Controllo a richiesta <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

RIPARATORE (Denominazione/Ragione Sociale/P.IVA):

Tecnico intervenuto (Cognome e Nome):

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIMOSI E SOSTITUITI CON QUELLI PROVVISORI

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

PARTE DEL SISTEMA DI MISURA SOSTITUITA: _____

FABBRICANTE _____

TIPO _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE SOSTITUITA: _____

N. DI MATRICOLA DELLA PARTE INSTALLATA _____

Data riparazione

FIRMA TITOLARE	FIRMA INCARICATO RIPARAZIONE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	------------------------------	------------------

INTERVENTO DI VERIFICA PERIODICA / CONTROLLO CASUALE

LABORATORIO / ORGANISMO / CAMERA DI COMMERCIO (Denominazione/Ragione Sociale):

Numero identificativo:

Incaricato (Cognome e Nome):

OSSERVAZIONI

NUMERO E FUNZIONE DEI SIGILLI ELETTRONICI E/O MATERIALI RIAPPOSTI:

N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____
 N.: _____ FUNZIONE: _____

ESITO: **POSITIVO** **NEGATIVO**

Data verifica _____ **Data scadenza** _____

FIRMA TITOLARE	FIRMA VERIFICATORE	SIGILLO APPOSTO:
----------------	--------------------	------------------

ESTRATTI DAL DECRETO 21 APRILE 2017, n. 93

Art. 4 Verificazione periodica

Comma 2 La verificazione periodica su tutte le tipologie di strumenti di misura utilizzati per una funzione di misura legale ha lo scopo di accertare se essi riportano i bolli di verificazione prima nazionale, o di quelli CEE/CE, o della marcatura CE e della marcatura metrologica supplementare M e se hanno conservato gli errori massimi tollerati per tale tipologia di controllo.

Comma 3 Gli strumenti di misura sono sottoposti alla verificazione periodica con le periodicit  previste nell'allegato IV che decorrono dalla data della loro messa in servizio e, comunque, da non oltre due anni dall'anno di esecuzione della verificazione prima nazionale o CEE/CE o della marcatura CE e della marcatura metrologica supplementare; successivamente, la verificazione   effettuata secondo la periodicit  fissata nell'allegato IV e decorre dalla data dell'ultima verificazione.

Comma 8 Il titolare dello strumento di misura richiede una nuova verificazione periodica almeno cinque giorni lavorativi prima della scadenza della precedente o entro dieci giorni lavorativi dall'avvenuta riparazione dei propri strumenti se tale riparazione ha comportato la rimozione di etichette o di ogni altro sigillo anche di tipo elettronico.

Art. 7 Riparazione degli strumenti

1. Il titolare dello strumento che ha riparato uno strumento, indipendentemente da un ordine di aggiustamento, ove a seguito della riparazione sono stati rimossi sigilli di protezione anche di tipo elettronico, richiede una nuova verificazione periodica entro dieci giorni come previsto dall'articolo 4, comma 8; gli strumenti, dopo la riparazione, possono essere utilizzati, con i sigilli provvisori applicati dal riparatore, per un massimo di dieci giorni e, successivamente alla richiesta di una nuova verificazione periodica all'organismo, fino all'esecuzione della verificazione stessa.

2. Se la verificazione periodica sugli strumenti di misura ha esito negativo, questi possono essere sostituiti ovvero detenuti dal titolare dello strumento nel luogo di impiego, purch  muniti del contrassegno previsto all'allegato VI e non utilizzati; gli stessi strumenti dopo la riparazione possono essere utilizzati, previa richiesta di una nuova verificazione periodica, purch  muniti di sigilli provvisori applicati dal riparatore. Il riparatore provvede a togliere il contrassegno previsto all'allegato VI.

3. Il riparatore, anche quando effettua la riparazione ai sensi del comma 1, compila il libretto metrologico riportando la descrizione della riparazione effettuata e i sigilli applicati.

4. Nel caso in cui lo strumento sia stato riparato antecedentemente all'esecuzione della prima verificazione periodica, il riparatore rilascia al titolare dello strumento una dichiarazione con la descrizione dell'intervento effettuato e dei sigilli provvisori applicati e ne informa la Camera di commercio competente per territorio; detta dichiarazione o una sua copia   fornita all'organismo che esegue la prima verificazione periodica e la riporta nel libretto metrologico.

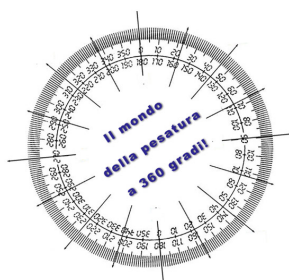
RIASSUNTO PERIODICIT� VERIFICAZIONI PERIODICHE (Art. 4 comma 3 e Allegato IV)	
Strumento	Periodicit�
Masse	4 anni
Strumenti a funzionamento non automatico	3 anni
Selezionatrici ponderali per preconfezionati ed etichettatrici peso e peso/prezzo	1 anno
Riempitrici gravimetriche	2 anni
Totalizzatori continui e discontinui	2 anni
Pese a ponte per veicoli ferroviari	2 anni

Grazie per aver scelto la qualità dei prodotti e servizi di Società Bilanciai Porro s.r.l.

Il presente Libretto Metrologico viene fornito a corredo degli strumenti per pesare impiegati nei rapporti commerciali e dovrà essere custodito a cura del Titolare dello strumento di misura ai sensi dell' Art.8 del D.M. 21 aprile 2017, n. 93 a cui si rimanda e che prevede altresì i seguenti obblighi:

I titolari degli strumenti di misura soggetti all'obbligo della verifica periodica:

- a) comunicano entro 30 giorni alla Camera di commercio della circoscrizione in cui lo strumento è in servizio la data di inizio dell'utilizzo degli strumenti e quella di fine dell'utilizzo e gli altri elementi di cui all'articolo 9, comma 2;
- b) mantengono l'integrità del contrassegno apposto in sede di verifica periodica, nonché di ogni altro marchio, sigillo, anche di tipo elettronico, o elemento di protezione;
- c) curano l'integrità dei sigilli provvisori applicati dal riparatore;
- d) conservano il libretto metrologico e l'eventuale ulteriore documentazione prescritta;
- e) curano il corretto funzionamento dei loro strumenti e non li utilizzano quando sono palesemente difettosi o inaffidabili dal punto di vista metrologico.



Società Bilanciai Porro s.r.l.

Servizio di Metrologia

Via F. Meda, 16

20037 - Paderno Dugnano (MI) - ITALY

Tel. +39 02 9186517 - Fax. +39 02 9180462

info@bilanciai.com - sit@bilanciai.com