

Descrizioni dei lavori: _____

Infrastruttura interessata: _____

C O N S E G N A	Con riferimento alle prescrizioni di Safety, la Ditta e la D.L. e/o Responsabile del procedimento, dichiarano sotto la propria responsabilità, di aver letto e accettato quanto contenuto nel Verbale di Autorizzazione all'esecuzione dei Lavori (V.A.L.)			
	NOTAM n°	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	E-MAIL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Val	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	Inizio Lavori Data	<input type="text"/>	Ora	<input type="text"/>
			Note	
	1. Individuazione percorsi mezzi d'opera	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2. Valutazione altezza max mezzi e gru	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
3. Installazione sbarramenti di cantiere	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
4. Modifiche segnaletica orizzontale e verticale	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Firma Rappresentante della Ditta		_____		
Firma D. L. e/o Responsabile del Procedimento ADR		_____		
Firma Supervisore SPV- ISE/SAR		_____		
			CODICE PROCEDIMENTO	
			<small>SE DISPONIBILE. Compila D.L. o Responsabile Procedimento</small>	

R I C O N S E G N A C A N T I E R E	Con riferimento alle prescrizioni contrattuali, la Ditta e la D.L. e/o il Responsabile del Procedimento, dichiara sotto la propria responsabilità di aver ultimato le lavorazioni, e di aver eseguito il lavoro "secondo la buona regola d'arte" e di aver eseguito le seguenti verifiche sui lavori effettuati e sulle aree interessate dagli interventi:			
	NON APPLICABILE			
	5. Ripristino segnaletica orizzontale	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Ripristino segnaletica verticale	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Ripristino segnali/apparati aiuti visivi	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Ripristino pavimentazione	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Rimozione sbarramenti di cantiere	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Rimozione macchinari, attrezzature e materiale di risulta	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Pulizia e rimozione del F.O.D. dell'attività di cantiere	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Trasporto mezzi e materiale di risulta in area di sicurezza	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Necessità di osservazione dopo la ripresa dell'esercizio	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Comunicazione di agibilità alla TWR	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Data e ora di ultimazione lavori			
	Data	<input type="text"/>	Ora	<input type="text"/>
Data e ora prevista di utilizzo dell'infrastruttura				
Data	<input type="text"/>	Ora	<input type="text"/>	

DITTA o suo Sostituto*	_____	Cognome e nome per esteso	_____	Firma	_____
Direzione Lavori e/o Responsabile del Procedimento AdR	_____	Cognome e nome per esteso	_____	Firma	_____
RESPONSABILE DELLA SICUREZZA AI FINI OPERATIVI (SPV-ISE/SAR)	_____	Cognome e nome per esteso	_____	Firma	_____

* Responsabile della Ditta, Capo cantiere, Capo operaio

Area riservata ISE-SAR	Prolungamento NOTAM n°	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
	Cancellazione NOTAM n°	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
	Data e ora di dichiarazione di agibilità di AdR-ISE			
	Data	<input type="text"/>	Ora	<input type="text"/>
	Firma AdR-ISE	_____		
Note	_____			

Assegnazione Radio UHF al Caposquadra, SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma, _____				
Riconsegna Radio UHF al SPV SAR, SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma, _____				