

DÉCLARATION DE MISE EN PLACE CORRECTE DES DISPOSITIFS ANTICHUTE

Concernant les travaux de mise en œuvre de pose des dispositifs d'ancrage antichute installés sur l'immeuble situé en :

Rue/place : _____ n°: _____

Municipalité : _____ Code postal : _____ Prov. : _____

Je soussigné :

Nom : _____ Nom de famille : _____

Représentant légal de la Société : _____

Ayant son siège en rue/place : _____ n°: _____

Municipalité : _____ Code postal : _____ Prov. : _____

Déclare que les dispositifs

| QUANTITÉ | MODÈLE | FABRICANT | N° DE SÉRIE/ANNÉE |
|----------|--------|-----------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| ÉLÉMENT DE FIXATION(*) | DIMENSIONS/QUALITÉ SURFACE(*) | PROFONDEUR DE FIXATION(*) [mm] | Ø TROU(*) [mm] | COUPLE DE SERRAGE [Nm] |
|------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(*) À remplir seulement en cas d'installation directe sur une structure.

ont été correctement mis en place d'après les indications du fabricant et conformément à la norme EN353-1:2014 + A1:2017 e RfU 11.119

Les caractéristiques des dispositifs d'ancrage, Les instructions portant sur leur utilisation correcte, les fiches de contrôle ont été déposées auprès de :

☐ Propriétaire de l'immeuble

☐ L'Administrateur

La plaque signalétique pour dispositifs d'ancrage est placée :

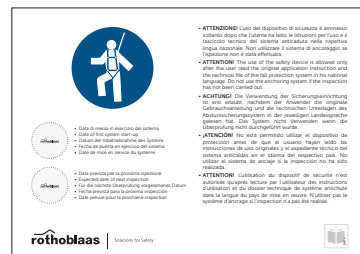
☐ près de chaque accès

☐ _____

Date de mise en service du système : _____ Date de la première inspection : _____

Date : _____ L'installateur (cachet et signature) : _____

Il reviendra au propriétaire de l'immeuble de garder les équipements installés en bon état afin de garder dans le temps les caractéristiques nécessaires de solidité et résistance. L'entretien doit être effectué par du personnel qualifié et d'après les modalités et la fréquence indiquée par le fabricant.



PROCÈS-VERBAL D'INSPECTION

PRODUCTEUR: Rotho Blaas srl - Via dell'Adige 2/1 - 39040 Cortaccia (BZ) - www.rothoblaas.com
Tel: +39 0471 81 84 00 - Fax: +39 0471 81 84 84 - e-mail: info@rothoblaas.com

| PROJET | |
|--------|--|
|--------|--|

| PRODUIT | N° DE SÉRIE/ANNÉE |
|---------|-------------------|
| | |

| DATE D'ACHAT | DATE DE PREMIÈRE UTILISATION |
|--------------|------------------------------|
| | |

| INSPECTION ANNUELLE DU SYSTÈME ACCOMPLIE LE |
|---|
|---|

| POINTS À CONTRÔLER | DÉFAUT RELEVÉ (Description du défaut/Mesures) |
|--------------------|--|
|--------------------|--|

| DOCUMENTATIONS | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> INSTRUCTIONS SUR L'USAGE ET L'ASSEMBLAGE | |
| <input type="checkbox"/> DÉCLARATION D'INSTALLATION CORRECTE | |
| <input type="checkbox"/> RAPPORTS SUR LES ÉLÉMENTS DE FIXATION | |
| <input type="checkbox"/> GALERIE DE PHOTOGRAPHIES | |

| PARTIES VISIBLES DU DISPOSITIF D'ANCRAGE | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AUCUNE DÉFORMATION | |
| <input type="checkbox"/> AUCUNE CORROSION | |
| <input type="checkbox"/> RACCORDEMENTS À VIS DESSERRÉS | |
| <input type="checkbox"/> STABILITÉ | |
| <input type="checkbox"/> MARQUAGE LISIBLE | |
| <input type="checkbox"/> CÂBLE INTÈGRE | |
| <input type="checkbox"/> PRÉCONTRAINTÉ DU CÂBLE (80 kg) | |

Résultat de l'inspection :

Le système de sécurité correspond aux instructions de montage et d'utilisation du fabricant dans les règles de l'art. On confirme le bon fonctionnement du système.

Remarques :

Date prévue pour la prochaine inspection : _____

L'expert en matière de système de sécurité :

Nom : _____ Signature : _____