CERTIFICADO DE REVISIÓN PERIÓDICA DE

Ejemplares: Órgano competente – Titular –- Entidad Distribuidora / Suministradora

PLANTAS SATÉLITES DE GAS NATURAL LICUADO (G.N.L.)

**Modelo CRP04**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del titular**  Nombre o Razón Social: | N.I.F.: |
| Población: |
| Dirección: | C.P.: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos de la empresa especialista criogénica/servicio propio autorizado:**  Nombre o Razón Social: | | R.I.I.: |
| Dirección: | Población:       C.P.: | |
| Teléfono: | Email: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instalador autorizado:** | Categoría: | N.I.F: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la instalación**  Categoría de la planta: | Nº depósitos:  Capacidad total:       m3  Pmáx trabajo=       bar | | | En superficie Enterrados |
| Pmáx trabajo (bar) x V (m3) =       \* Si Px V > 300 revisión por Organismo de Control | | | | |
| **Dirección:** | | Número: | Población: | |
| Coordenada UTM: X:       Y: | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La persona que suscribe CERTIFICA que ha realizado la revisión de acuerdo con lo establecido en la ITC ICG- 04, incluidas las pruebas y verificaciones establecidas en la norma UNE 60210.  La instalación se califica como **FAVORABLE.**  **El plazo de validez de este Certificado es de 5 años** | | |
| Fecha de la revisión: | **Próxima revisión:** |  |
| Firma del titular de la instalación | Firma del instalador o técnico | Sello de la empresa |