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:       m3Pmáx 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 |