

**CERTIFICADO DE INSPECCIÓN DE INSTALACIÓN ELÉCTRICA
DE ALTA TENSIÓN**

Titular	Nombre:				
	CIF:			TLF.:	
	Dirección:				
	C.P./Población:	/	Provincia:		
Instalación	Denominación de la instalación:				
	Emplazamiento:				
	C.P./Población:	/	Provincia:		
Reglamento de aplicación:		<input type="checkbox"/> RCE 1982 (RD 3275/1982)	<input type="checkbox"/> RAT 2014 (RD 337/2014)		
Tipo de inspección	Inicial <input type="checkbox"/>	Nueva <input type="checkbox"/>	Periódica <input type="checkbox"/> Fecha última inspección:		
		Ampliación <input type="checkbox"/>			
		Modificación <input type="checkbox"/>			
Instalador/ Mantenedor	Nombre:			CIF/NIF:	
Datos técnicos Instalación	Tipo Instalación: <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> Exterior <input type="checkbox"/> CT poste Intemperie			Protecciones Sobretensores: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Línea alimentación: <input type="checkbox"/> Aérea <input type="checkbox"/> Subterránea <input type="checkbox"/> Mixta (Aéreo/subterránea)				
	Tensiones principales (Kv):			Potencia instalada (kVA):	
	Valores R _{tierra} (Ω) - Estado terreno:			/	/
	Elementos de la instalación:				

RESULTADO DE LA INSPECCIÓN

Actividades de inspección OCALIA S.L., Organismo de Control Acreditado para la aplicación de la Reglamentación de instalaciones eléctricas de alta tensión, acreditado por ENAC con acreditación Nº 363/EI690, certifica que ha inspeccionado en fecha la instalación eléctrica de alta tensión anteriormente descrita de acuerdo con la ITC-AT-23 del Real Decreto 337/2014, de 9 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Electrotécnico de Instalaciones Eléctricas de Alta Tensión, y con resultado:

FAVORABLE

SIN DEFECTOS

CON DEFECTOS LEVES

CONDICIONADA NEGATIVA

CONDICIONADA:

INICIALES: LA INSTALACIÓN NO PODRÁ ENTRAR EN SERVICIO HASTA QUE SE SUBSANEN LOS DEFECTOS Y SEAN VERIFICADOS

PERIÓDICAS: SE DEBEN CORREGIR LOS DEFECTOS LO ANTES POSIBLE Y SIEMPRE ANTES DE SEIS MESES DESDE LA REALIZACIÓN DE LA INSPECCIÓN SE REALIZARÁ NUEVA INSPECCIÓN POR ESTE ORGANISMO DE CONTROL PARA VERIFICAR LA CORRECTA SUBSANACION DE LOS DEFECTOS.

NEGATIVA:

INICIALES: LA INSTALACIÓN NO PODRÁ ENTRAR EN SERVICIO HASTA QUE SE SUBSANEN LOS DEFECTOS Y SEAN VERIFICADOS

PERIÓDICAS: LA INSTALACIÓN QUEDA FUERA DE SERVICIO Y SE PONEN EN CONOCIMIENTO DEL ÓRGANO TERRITORIAL COMPETENTE.

Se adjunta certificado complementario con los defectos

Verificación de corrección de defectos del acta nº: _____ con fecha de visita de inspección _____

Fecha, sello y firma del inspector

ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN OCALIA, S.L.



C/ Alemania nº 63-2-18 - 46730 GANDÍA (Valencia)

www.ocalia.es

FECHA DE PRÓXIMA INSPECCIÓN:



CERTIFICADO COMPLEMENTARIO DE DEFECTOS

Hoja : /

N.º Expediente:

Nº: Posición del defecto en el certificado, REF: Referencia del defecto según codificación interna

OCAJA, FECHA SELLO Y FIRMA DEL INSPECTOR