

# MINUTA DO REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE

## DIRETIVA 2014/68/UE (Decreto-Lei n.º III-D/2017)

(O pedido deve ser feito em papel timbrado da empresa)

Ao Responsável Técnico do DN de Equipamentos sob Pressão do ISQ

\_\_\_\_\_, (1), com sede em \_\_\_\_\_, portadora do cartão de pessoa coletiva n.º \_\_\_\_\_, na qualidade de fabricante/mandatário do fabricante (2) de equipamentos sob pressão, estabelecido na Comunidade, requer a aplicação do(s) seguinte(s) procedimento(s) de avaliação da conformidade no âmbito da Diretiva 2014/68/UE

(2) Módulo **B**: Exame UE de tipo – Tipo de produção

Módulo **B**: Exame UE de tipo – Tipo de projeto

Módulo **C2**: Conformidade com o tipo

Módulo **F**: Conformidade com o tipo baseada no controlo interno da produção e controlos supervisionados do equipamento sob pressão a intervalos aleatórios

Módulo **G**: Conformidade baseada na verificação por unidade

Esta avaliação é solicitada para o(s) equipamento(s) com as seguintes características:  
(identificar o equipamento e as respetivas características)

Junta para o efeito a seguinte documentação técnica:  
(listar documentação técnica em anexo)

Junta para o efeito a seguinte documentação relativa ao sistema da qualidade: (3)  
(listar documentação do sistema da qualidade em anexo)

\_\_\_\_\_ (1) declara ser do seu perfeito conhecimento o conteúdo da Diretiva 2014/68/UE (Decreto-Lei n.º III-D/2017), comprometendo-se a:

1. Cumprir com todas as exigências aplicáveis da Diretiva dos Equipamentos sob Pressão (2014/68/UE);
2. Informar o DN de qualquer modificação introduzida no(s) equipamento(s) sob pressão aprovado(s) (só aplicável a B) e assumir os custos da nova aprovação;
3. Satisfazer todos os encargos financeiros relacionados com o processo de avaliação que agora requer;
4. Satisfazer as solicitações do DN do ISQ dentro dos prazos e condições por este fixados;

Declara ainda não ter requerido nem vir a requerer, a outro Organismo Notificado, a avaliação da conformidade do(s) referido(s) equipamento(s). (só aplicável a B e G).

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Assinatura e carimbo)

(1) Nome da Empresa fabricante ou do seu mandatário  
(2) Manter só o aplicável.  
(3) Se aplicável

**MANUFACTURER APPLICATION FOR CONFORMITY ASSESSMENT**

**DIRECTIVE 2014/68/EU (Decree-Law n.º 111-D/2017)**

(Application must be done with manufacturer letter head)

---

To the Technical Manager of ISQ Notified Body Pressure Equipment

\_\_\_\_\_, (1), with address at \_\_\_\_\_, VAT n.º \_\_\_\_\_, manufacturer / authorized representative of the manufacturer (2) of the pressure equipment established within the Community, request the following conformity assessment procedure(s), according to the Pressure Equipment Directive 2014/68/EU:

(2) Module **B**: EU-Type examination - Production type

Module **B**: EU-Type examination - Design type

Module **C2**: Conformity to type based on internal production control plus supervised pressure equipment checks at random intervals

Module **F**: Conformity to type based on pressure equipment verification

Module **G**: Conformity based on unit verification

This evaluation is requested to pressure equipment(s) with the following characteristics:

*(Identify the equipment and characteristics)*

Attach the following technical documentation:

*(List the documentation in attachment)*

Attach the following documentation of the quality system: (3)

*(List the documentation in attachment)*

\_\_\_\_\_ (1) declare that have perfect knowledge of the content of Directive 2014/68/EU, and compromise to:

1. Accomplish with all the applicable requirements of Pressure Equipment Directive (2014/68/EU Directive).
2. Inform ISQ of any modification to the approved pressure equipment(s) (only applicable to B) and assume the costs of the additional approval.
3. Pay all the costs presented for applied conformity assessment.
4. Satisfy all demands of ISQ within the timing and conditions fixed.

Declare that the same application has not been lodged with any other notified body (only applicable to B and G).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_

---

(Signature and stamp)

---

(1) Name of the Manufacturer /Manufacturer authorized representative

(2) Choose only the applicable options

(3) If applicable.