

FUNKČNÉ SKÚŠKY ZDROJA

pre zdroj v paralelnej prevádzke s distribučnou sústavou HTMAS

nn vn vvn **Prevádzkovateľ zariadenia/ žiadateľ o pripojenie**

Obchodné meno/Meno a priezvisko: _____

Sídlo/Adresa: _____

Tel: _____

Názov / Adresa zariadenia: _____

Sídlo/Adresa: _____

Celkový inštalovaný výkon : _____

Ochrany/funkčné skúšky v poriadku **áno** **nie****1. Nastavenie sieťových ochrán**Je dokladované v samostatnom protokole, ktorý je prílohou tohto protokolu. **2. Činnosť ochrán**2.1 1f výpadok siete (pre pripojenia NN oddelene pre všetky fázy) neskúšané 2.2 3f výpadok siete neskúšané 2.3 Znovupripojenie do DS (krátkodobá porucha), čas. konštanta neskúšané 2.4 Znovupripojenie do DS (dlhodobá porucha), čas. konštanta neskúšané 2.5 Odchýlka frekvencie (simulácia skúšobným zariadením) neskúšané 2.6 Opätovné zapínanie (u asynch. od 250 kVA a u synch. generátorov) neskúšané **3. Meranie, podmienky pre spínanie, kompenzácia účinníka**3.1 Overenie meracích zariadení pre odber a dodávku 3.2 Podmienky pre spínanie podľa stanovených podmienok pre paralelnú prevádzku 3.3 Kompenzačné zariadenie sa pripája a odpája s generátorom neobsahuje 3.4 Kompenzačné zariadenie: funkcia regulácie neobsahuje **4. Dátové pripojenie**4.1 Dátové pripojenie na dispečing funkčne podľa požiadaviek neobsahuje **5. Stavebné povolenie alebo ohlásenie o drobnej stavbe**

5.1 Dátum nadobudnutia právoplatnosti stavebného povolenia alebo ohlásenia drobnej stavby: _____

5.2 Odborná prehliadka a odborná skúška vyhradených technických zariadení (ďalej len „OPOS“):

5.2.1 Dátum vykonania OPOS: _____

5.2.2 Meno a identifikačné číslo pracovníka, ktorý OPOS vykonal:

6. Požiadavky, pripomienky a poznámky k funkčným skúškam zdroja

Funkčné skúšky prebehli *úspešne /neúspešne*, na základe čoho zariadenie *je /nie je* schopné spoľahlivej a bezpečnej trvalej paralelnej prevádzky s distribučnou sústavou. Podpisom protokolu prevádzkovateľ zdroja potvrdzuje, že *sú /nie sú* splnené podmienky pre paralelnú prevádzku.

Miesto, dátum, čas vykonania Funkčnej skúšky zdroja: _____

Meno, priezvisko, podpis, dátum: _____

za prevádzkovateľa zdroja

Meno, priezvisko, podpis, dátum: _____

za prevádzkovateľa miestnej distribučnej sústavy

7. Protokol o vykonaní funkčnej skúšky nadobúda právoplatnosť dňom identickým s dátumom úspešného vykonania funkčnej skúšky