

# FICHE DE CONTROL PÉRIODIQUE DU DISPOSITIF

IDENTIFICATION DE L'EPI	
Marque commerciale	Climbing Technology
Fabricant	Aludesign S.p.a. - Via Torchio 22 - 24034 Cisano B.sco (Bg) Italy
Produit (type, modèle, code)	
Utilisateur (société, nom et adresse)	
Numéro de série	
Mois et année de fabrication	/
Date d'achat	/ /
Date de la première utilisation	/ /
Date d'expiration	/ /
Norme de référence	

CONTROL PÉRIODIQUE DU DISPOSITIF						
Le réviseur ne se prend aucune responsabilité pour l'éventuelle compromission fonctionnelle et de résistance structurelle du à des dommages et/ou manipulations issus de : une utilisation inappropriée du dispositif, un événement exceptionnel, une conservation dans des conditions inadéquates non déclarées par l'utilisateur. Pour les produits composés par plusieurs éléments identifiables comme des EPI l'inspection sera effectuée sur chaque élément en utilisant la procédure spécifique prévue.						
1	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
2	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
3	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
4	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
5	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					

# FICHE DE CONTROL PÉRIODIQUE DU DISPOSITIF

6	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
7	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
8	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
9	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
10	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
11	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
12	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
13	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					
14	O) Date / /	P) Motif de la vérification: périodique extraordinaire	Q) Nom et signature du responsable du contrôle	historique visuelle fonctionnelle	S) Issue du contrôle: apte non apte	T) Date de la vérification successive / /
	R) Observations (défauts relevés, réparations effectuées ou autres informations pertinentes)					