

# FICHA DE CONTROL PERIODICO DEL KIT DE DISPOSITIVOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Marca comercial	Climbing Technology	
Fabricante	Aludesign S.p.a. - Via Torchio 22 - 24034 Cisano B.sco (Bg) Italy	
Producto (tipo, modelo, código)		
Usuario (empresa, nombre y dirección)		
Número de serie		
Mes y año de fabricación	/	
Fecha de compra	/ /	
Fecha del primer uso	/ /	
Fecha de caducidad	/ /	
Norma de referencia (facultativo)		
1	nombre componente	
	número de serie / lote	
	año y mes de fabricación	/
2	nombre componente	
	número de serie / lote	
	año y mes de fabricación	/
3	nombre componente	
	número de serie / lote	
	año y mes de fabricación	/
4	nombre componente	
	número de serie / lote	
	año y mes de fabricación	/
5	nombre componente	
	número de serie / lote	
	año y mes de fabricación	/
6	nombre componente	
	número de serie / lote	
	año y mes de fabricación	/
7	nombre componente	
	número de serie / lote	
	año y mes de fabricación	/
8	nombre componente	
	número de serie / lote	
	año y mes de fabricación	/

CONTROL PERIODICO DEL DISPOSITIVO						
<p>El auditor no se assume ninguna responsabilidad en casos de compromiso funcional y de Resistencia estructural que se pueda imputar a daños y/o manipulaciones causadas por: un uso impropio del dispositivo, un acontecimiento excepcional, una almacenaje inadecuado no declaradas por parte del usuario. Para los productos formado pro mas de un componente identificado singularmente como DPI, se realizará una inspección a cada elemento utilizando el procedimiento pertinente para cada uno de ellos.</p>						
1	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto non apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					

# FICHA DE CONTROL PERIODICO DEL KIT DE DISPOSITIVOS

2	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto no apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					
3	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto no apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					
4	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto no apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					
5	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto no apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					
6	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto non apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					
7	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto non apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					
8	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto non apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					
9	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto non apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					
10	O) Fecha / /	P) Motivo del control: periódico extraordinario	Q) Nombre y firma del responsable de la revisión	histórico visual funcional	S) Resultado de la revisión: apto non apto	T) Fecha del control sucesivo / /
	R) Anotaciones (defectos detectados, reparaciones realizadas u otra información relevante)					