

SCHEDA DI CONTROLLO PERIODICO DEL KIT DI DISPOSITIVI

DATI IDENTIFICATIVI		
Marchio commerciale	Climbing Technology	
Produttore	Aludesign S.p.a. - Via Torchio 22 - 24034 Cisano B.sco (Bg) Italy	
Prodotto (tipo, modello, codice)		
Utente (società, nome e indirizzo)		
Numero di serie		
Mese e anno di produzione	/	
Data di acquisto	/ /	
Data del primo utilizzo	/ /	
Data di scadenza	/ /	
Norme di riferimento (facoltativo)		
1	nome componente	
	numero di serie / lotto	
	anno e mese di produzione	/
2	nome componente	
	numero di serie / lotto	
	anno e mese di produzione	/
3	nome componente	
	numero di serie / lotto	
	anno e mese di produzione	/
4	nome componente	
	numero di serie / lotto	
	anno e mese di produzione	/
5	nome componente	
	numero di serie / lotto	
	anno e mese di produzione	/
6	nome componente	
	numero di serie / lotto	
	anno e mese di produzione	/
7	nome componente	
	numero di serie / lotto	
	anno e mese di produzione	/
8	nome componente	
	numero di serie / lotto	
	anno e mese di produzione	/

CONTROLLO PERIODICO DEL DISPOSITIVO						
<p>Il revisore non si assume alcuna responsabilità per l'eventuale compromissione funzionale e di resistenza strutturale imputabile a danni e/o manomissioni derivanti da: un utilizzo improprio del dispositivo, un evento eccezionale, uno stoccaggio in condizioni inadeguate non dichiarato da parte dell'utilizzatore. Per i prodotti composti da più elementi singolarmente identificabili come DPI, l'ispezione va effettuata su ogni elemento utilizzando la relativa e specifica procedura.</p>						
1	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					

SCHEDA DI CONTROLLO PERIODICO DEL KIT DI DISPOSITIVI

2	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					
3	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					
4	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					
5	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					
6	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					
7	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					
8	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					
9	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					
10	O) Data / /	P) Motivo del controllo: periodico straordinario	Q) Nome e firma del responsabile del controllo	storico visivo funzionale	S) Esito del controllo: idoneo non idoneo	T) Data del controllo successivo / /
	R) Annotazioni (difetti rilevati, riparazioni effettuate o altre informazioni pertinenti)					