

SCHEDA DI CONTROLLO PERIODICO DEL DISPOSITIVO

IDENTIFICAZIONE DEL DISPOSITIVO

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	

CONTROLLO PERIODICO DEL DISPOSITIVO

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 DPl, l'ispezione va effettuata su ogni elemento utilizzando la relativa e specifica procedura.

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)					/ /
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)					/ /

SCHEDA DI CONTROLLO PERIODICO DEL DISPOSITIVO

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)					
11	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)					
12	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)					
13	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)					
14	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)					