

ASM

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA

Modulo di avvenuta formazione/informazione su dispositivo medico

Il presente modulo, già compilato a cura della Ditta che effettua la formazione, deve essere presentato al momento del collaudo, di cui è parte necessaria.

CLASSE:	_____		
NUMERO DI INVENTARIO:	_____	MATRICOLA:	_____
PRODUTTORE:	_____		
MODELLO:	_____		

ORA INIZIO:	_____	ORA FINE:	_____
ARGOMENTI TRATTATI: principali modalità di funzionamento e di manutenzione. Rischi residui legati all'uso del dispositivo _____			

PERSONALE FORMATO / INFORMATO:				
_____	_____	_____	_____	☐ IN GRADO DI FORMARE ☐ FORMATO ALL'USO
COGNOME	NOME	QUALIFICA	FIRMA	
_____	_____	_____	_____	☐ IN GRADO DI FORMARE ☐ FORMATO ALL'USO
COGNOME	NOME	QUALIFICA	FIRMA	
_____	_____	_____	_____	☐ IN GRADO DI FORMARE ☐ FORMATO ALL'USO
COGNOME	NOME	QUALIFICA	FIRMA	
_____	_____	_____	_____	☐ IN GRADO DI FORMARE ☐ FORMATO ALL'USO
COGNOME	NOME	QUALIFICA	FIRMA	
_____	_____	_____	_____	☐ IN GRADO DI FORMARE ☐ FORMATO ALL'USO
COGNOME	NOME	QUALIFICA	FIRMA	
_____	_____	_____	_____	☐ IN GRADO DI FORMARE ☐ FORMATO ALL'USO
COGNOME	NOME	QUALIFICA	FIRMA	
_____	_____	_____	_____	☐ IN GRADO DI FORMARE ☐ FORMATO ALL'USO
COGNOME	NOME	QUALIFICA	FIRMA	
_____	_____	_____	_____	☐ IN GRADO DI FORMARE ☐ FORMATO ALL'USO
COGNOME	NOME	QUALIFICA	FIRMA	

IL FORMATORE/INFORMATORE: _____

COGNOME - NOME

FIRMA

RECAPITO

DATA: _____

TIMBRO DITTA: