

Tecnica
Tel. e Fax 0835/253588-253559

Modulo di rapporto di lavoro per manutenzione correttiva interna

Caratteristiche apparecchiatura e riferimenti:

Tipologia apparecchiatura: _____	
Produttore: _____	Modello: _____
S/N o matr.: _____	N° inventario: _____
Stabil. Ospedaliero : _____	U.O.: _____

Descrizione intervento:

Numero progressivo intervento: _____	Data intervento: ____ / ____ / _____		
Orario apertura intervento: _____	Ora conclusione intervento: _____		
Descrizione controlli e operazioni eseguite:			
<input type="checkbox"/> Cavo alimentazione	<input type="checkbox"/> Spinotti	<input type="checkbox"/> Comandi	<input type="checkbox"/> Meccanismi
<input type="checkbox"/> Sistemi di sicurezza	<input type="checkbox"/> Controllo componenti	<input type="checkbox"/> Pulizia componenti	
Descrizione intervento: _____		_____	
Descrizione ev. irregolarita' riscontrata: _____		_____	
Pezzi di ricambio utilizzati: _____		_____	
Descrizione stato finale dell'attrezzatura:			
<input type="checkbox"/> Funzionante	<input type="checkbox"/> Parzialmente funzionante	<input type="checkbox"/> Non funzionante	
<input type="checkbox"/> Segue altro intervento	Data presunta intervento: ____ / ____ / _____		
<input type="checkbox"/> Segue intervento di manutenzione esterna			

**Firma del Tecnico dell'U.O. Gestione Tecnica
che ha effettuato l'intervento**

**Firma del Responsabile
dell'U.O.**

Firma

Firma
