

Tecnica

Tel. e Fax 0835/253588-253559

Modulo di rapporto di lavoro per manutenzione programmata

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:

☐ Cavo alimentazione ☐ Spinotti ☐ Comandi ☐ Meccanismi

☐ Sistemi di sicurezza ☐ Controllo componenti ☐ Pulizia componenti

Descrizione intervento: _____

Descrizione ev. irregolarità riscontrata: _____

Pezzi di ricambio utilizzati: _____

Descrizione stato finale dell'attrezzatura:

☐ Funzionante ☐ Parzialmente funzionante ☐ Non funzionante

☐ Segue altro intervento Data presunta intervento: ____ / ____ / ____

☐ 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