

1 IMPIANTO DI ALLARME

Tipo _____

Acustico Luminoso

N.	Tipo di intervento	Scheda n. ⁽¹⁾	Responsabile	Esito ^(*)	Data e Ora	Firma
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		

Note: _____

Tipo _____

Acustico Luminoso

N.	Tipo di intervento	Scheda n. ⁽¹⁾	Responsabile	Esito ^(*)	Data e Ora	Firma
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		
				<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		

Note: _____

(1) Riportare il numero dell'eventuale Scheda di Manutenzione (Argomento 14). (*) In caso di esito negativo segnalare all'ufficio/servizio manutenzione