



# Croce Rossa Italiana

## COMITATO DI AVIGLIANO UMBRO

**AI PRESIDENTE  
CROCE ROSSA ITALIANA  
Via della Torre, 5  
05020 - Avigliano Umbro  
Fax. 0744/933849  
Email: aviglianoumbro@cri.it**

**OGGETTO: Segnalazione Guasto / Malfunzionamento / Anomalia**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di:  **Medico**  **Autista/Soccorritore**  **Infermiere**  **Soccorritore**

*In seguito al controllo ordinario (Check List) ha rilevato il seguente problema su:*

**Automezzo**  **Presidio**  **Elettromedicale**  **Altro**

**Targa Automezzo e/o Tipo di Presidio:**

-----  
-----

**Descrizione del problema riscontrato:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Se trattasi di personale in servizio indicare la data del turno: \_\_\_\_\_ l'orario: \_\_\_\_\_

e i nominativi dell'equipaggio: \_\_\_\_\_

**Il Mezzo e/o il presidio in seguito al problema riscontrato è da considerare:**

**OPERATIVO**  **FUORI SERVIZIO**

Avigliano Umbro: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

**Segnalazione ricevuta in data:** \_\_\_\_\_

**Registrata al Protocollo n°:** \_\_\_\_\_

**Per Ricevuta:** \_\_\_\_\_