



Croce Rossa Italiana

COMITATO DI AVIGLIANO UMBRO

Segnalazione Guasto / Malfunzionamento / Anomalia

Il/La sottoscritto/a _____

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

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

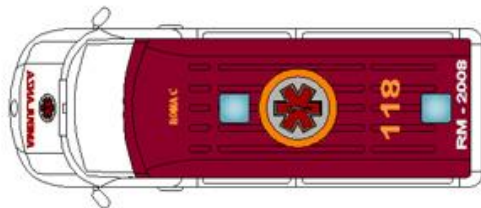
Automezzo **Presidio** **Elettromedicale** **Altro**

Targa Automezzo e/o Tipo di Presidio:

N° Inventario:

Descrizione del problema riscontrato:

Indicare con una X danni o alterazioni riscontrate.



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 N° _____ data ricezione: _____ (da compilare a cura dei responsabili)