MODULO COLLAUDO BENE

DATI ANAGRAFICI

Inventario:	Classe: -
Inventario GAAC: - ID Bene:	Costruttore: -
Civab:	Modello: -
Matricola:	CdC: -
Pos. Amm.:	Durata Garanzia (mesi):
Assistenza: -	Rivenditore: -
N.ro Determina/Delibera:	Data Determina/Delibera:
N.ro Ordine:	Data Ordine:
N.ro DDT:	Data DDT:
Valore di Mercato Iniziale (Beni Terzi) IVA C.: €	Data Arrivo:

Note Accessori/Collaudo:

INSTALLAZIONE (a cura della Ditta)

Con riferimento alle esigenze di carattere architettonico, impiantistico e microclimatico richieste dal costruttore, la Ditta dichiara che:

☐ Non sono necessarie particolari condizioni installative

☐ Le esigenze sono soddisfatte negli ambienti di installazione

☐ Non sono presenti in tutti gli ambienti in cui si prevede l'uso del Sistema e pertanto la conformità installativa è vincolata alle seguenti condizioni:

. . . . . .

Con riferimento alle esigenze di carattere strutturale, la Ditta dichiara che:

☐ Non sono necessarie particolari condizioni installative

☐ L'elemento installato ricade nei casi di cui al par. 7.2.3 delle NTC 2018 e pertanto alla conformità installativa è viene allegata la seguente documentazione:
- progetto strutturale e relazione di calcolo e piano di manutenzione
- asseverazione di professionista abilitato
- dichiarazione di corretta posa della ditta installatrice

☐ Non sono presenti in tutti gli ambienti in cui si prevede l'uso del Sistema e pertanto la conformità installativa è vincolata alle seguenti condizioni:

. . . . . .

La Ditta Fornitrice . . . . . .

MODULO COLLAUDO BENE

ACCETTAZIONE DEL COLLAUDO (a cura del)

Il Responsabile del dichiara che l'operazione di installazione dell'Attrezzatura Elettromedicale sopraindicata, fornita all'Azienda U.S.L. della Romagna, ambito di , a seguito di , risulta:

Numero : Data:

☐ IDONEA ☐ RESPINTA Esito:

Il Tecnico ..... **Il Direttore** .....

PRESA IN CARICO/COLLAUDO FUNZIONALE

Il Responsabile Medico del Reparto prende in consegna l'Attrezzatura, completa di manuali d'uso, si assicura che vengano eseguiti gli eventuali controlli operatore previsti dal fabbricante, che le conoscenze acquisite vengano trasferite a tutti gli operatori interessati all'uso dell'Attrezzatura e dichiara che ha superato il collaudo funzionale.

☐ **Il Responsabile Medico** .....

☐ **Il Coordinatore** .....

Dispositivo per cui non è necessaria una particolare formazione degli Operatori. ☐

FORMAZIONE OPERATORI (a cura della Ditta)

Hanno partecipato al corso di formazione e addestramento concernente la destinazione d'uso, le modalità d'uso, le limitazioni d'impiego e le relative avvertenze per un utilizzo corretto e sicuro del sistema:

Nome e Cognome	**Qualifica**	**Firma**
.....		
.....		
.....		
.....		

La Ditta Fornitrice .....

Dispositivo per cui non è necessaria una particolare formazione dei Tecnici. ☐

FORMAZIONE TECNICI (a cura della Ditta)

A seguito di partecipazione al corso di formazione teorico e pratico, si AUTORIZZANO i seguenti Tecnici alla manutenzione correttiva di primo livello e preventiva del sistema:

Nome e Cognome	**Qualifica**	**Firma**
.....		
.....		
.....		
.....		

La Ditta Fornitrice .....