

REGISTRO DI FUNZIONALITA' DEFIBRILLATORE
ai sensi della Legge Regionale 68 del 09/10/2015

Modello defibrillatoreScadenza revisione.....
Scadenza piastre Scadenza pacco batteria.....



Ogni giorno all'apertura dell'impianto è necessario indicare con la sigla OK se il defibrillatore è funzionante; tale azione può essere verificata attraverso la presenza dell' apposito LED (luce verde lampeggiante, oblò verde).

MESE DI

DATA	CHECK	Nominativo	Firma
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

MESE DI

DATA	CHECK	Nominativo	Firma
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

MESE DI

DATA	CHECK	Nominativo	Firma
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

PERSONALE ABILITATO ALL' UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE

1. NOME
Data abilitazione.....
2. NOME
Data abilitazione.....
3. NOME
Data abilitazione.....
4. NOME
Data abilitazione.....
5. NOME
Data abilitazione.....
6. NOME
Data abilitazione.....
7. NOME
Data abilitazione.....
8. NOME
Data abilitazione.....
9. NOME
Data abilitazione.....
10. NOME
Data abilitazione.....