

Check list - Controllo ambulanza		
DATA VERIFICA:		
DATI INTESTATARIO AMBULANZA:		
Ente		
Indirizzo sede legale		
Indirizzo sede operativa		
VEICOLO:		Valore:
MARCA		
MODELLO		
TARGA		
CLASSIFICAZIONE		
DATA IMMATRICOLAZIONE		
DATA ULTIMA REVISIONE		
KM ATTUALI		
	<b>OK</b> (funzionante/assenza di danni)	<b>KO</b> (non funzionante/presenza di danni)
1. IMPIANTO EROGAZIONE OSSIGENO		
2. IMPIANTO ASPIRATORE SECRETI FISSO		
3. SISTEMA DI IMMISSIONE ARIA DEL VANO SANITARIO		
4. SISTEMA DI ESTRAZIONE ARIA DEL VANO SANITARIO		
5. CONDIZIONI GENERALI ALLESTIMENTO presenza di danni/usura relativi all'abitacolo sanitario (mobiletti, vetrofanie, poltrone e pavimento)		
6. IMPIANTO INVERTER 12/220V		
7. IMPIANTO ACUSTICO-LUMINOSO		
TOTALE		
Se punteggio: <7 mezzo non idoneo		
FIRMA DIRETTORE SANITARIO		

Check list - Controllo automedica		
DATA VERIFICA:		
DATI INTESTATARIO AUTOMEDICA		
Ente		
Indirizzo sede legale		
Indirizzo sede operativa		
VEICOLO:		Valore:
MARCA		
MODELLO		
TARGA		
CLASSIFICAZIONE		
DATA IMMATRICOLAZIONE		
DATA ULTIMA REVISIONE		
KM ATTUALI		
	<b>OK</b> (funzionante/assenza di danni)	<b>KO</b> (non funzionante/presenza di danni)
<b>1. CONDIZIONI GENERALI ALLESTIMENTO</b> presenza di danni/usura relativi all'abitacolo sanitario (mobiletti, vetrofanie, poltrone e pavimento)		
<b>2. IMPIANTO INVERTER 12/220V</b>		
<b>3. IMPIANTO ACUSTICO-LUMINOSO</b>		
<b>TOTALE</b>		
Se punteggio: <3 mezzo non idoneo		
<b>FIRMA DIRETTORE SANITARIO</b>		