CONTROLLO IMPIANTO DI SPEGNIMENTO A GAS

PERIODICITA' DEL CONTROLLO: SEMESTRALE

Data controllo (1° semestre):	
☐ Non si sono riscontrate anomalie	☐Si sono riscontrate anomalie, vedere "Verbale anomalie"
Firma Datore di Lavoro / Preposto:	

Data controllo (2° semestre):	
☐ Non si sono riscontrate anomalie	☐Si sono riscontrate anomalie, vedere "Verbale anomalie"
Firma Datore di Lavoro / Preposto:	

CONTROLLO IMPIANTO DI SPEGNIMENTO A GAS

VERBALE ANOMALIE

Per ogni intervento specificare: DATA / ANOMALIE / FIRMA DATORE DI LAVORO / PREPOSTO