## CONTROLLO IMPIANTO PORTE TAGLIAFUOCO/MANIGLIONI ANTIPANICO

## 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 PORTE TAGLIAFUOCO/MANIGLIONI ANTIPANICO

## VERBALE ANOMALIE

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