

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva	
	SCHEDA DI ATTESTAZIONE ADDESTRAMENTO PERSONALE SANITARIO E FORMAZIONE PERSONALE	Rev. 0 29/09/2014 MRPGRMQA16/1

Alla c.att.ne Direttore Generale
ASL Rieti

Al Direttore Ufficio Tecnico
Ing. Marcello Fiorenza

Loro Sedi

Si certifica che oggi in data __/__/____, a seguito di **COLLAUDO di ACCETTAZIONE**, è stato eseguito un corso della durata di ore di addestramento del personale sanitario e tecnico qui di seguito indicato all'uso corretto dell'apparecchiatura elettromedicale:

IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA:

DENOMINAZIONE	
PRODUTTORE	MODELLO
FORNITORE	MATRICOLA

LOCALIZZAZIONE APPARECCHIO

DISTRETTO/UOC/UOSD/UOS	
PIANO	STANZA

I sottoscrittori attestano altresì il buon esito del corso di addestramento.

Tecnico addestratore della Società:.....

Nome

Cognome

.....

Firma

Direttore Distretto/UOC/UOSD o suo delegato:.....

Nome

Cognome

.....

Firma

PERSONALE SANITARIO E TECNICO ADDESTRATO FORMATO E INFORMATO

