

Allegato n° 3

Fax 0746279715
servizio.manutenzione@asl.rieti.it

RAPPORTO DI NON CONFORMITA'

DATA E TURNO	controllo effettuato da (Nome Cognome) in stampatello	Descrizione della non conformità riscontrata e della sua ubicazione

Si allega copia della mail di invio oppure l'ok alla trasmissione del fax

Nomi e Cognomi in stampatello Firma degli addetti alle verifiche antincendio	_____	_____
	_____	_____