

Allegato A alla det. n. 258/AV3 del 20 FEB. 2018.

CHEK-LIST AUTISTA SOCCORRITORE

CONTROLLI ORE 7,00

Carburante	a livello	SI	NO	rabbocco	SI	NO
Olio motore	a livello	SI	NO	rabbocco	SI	NO
Liquido lavavetri	a livello	SI	NO	rabbocco	SI	NO
Circuito di raffreddamento	a livello	SI	NO	rabbocco	SI	NO
Segnalazione acustica e di allarme	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Stato dei pneumatici	in ordine	SI	NO	da sostituire	SI	NO
Stato ruota di scorta	in ordine	SI	NO	da sostituire	SI	NO
Impianto frenante	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Impianto di illuminazione interna	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Impianto di illuminazione esterna	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Presenza lampadine di scorta	presenti	SI	NO	da ripristinare	SI	NO
Presenza Kit attrezzi	presenti	SI	NO	da ripristinare	SI	NO
Presenza estintori	presenti	SI	NO	da ricaricare	SI	NO
Funzionalità apparato radio fisso	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Funzionalità apparato radio portatile	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Pulizia automezzo esterno ed interno	pulita	SI	NO	da effettuare	SI	NO
Funzionalità Cinte di Sicurezza	funzionante	SI	NO			
Pressione Bombola Ossigeno n°1	Atm.					
Pressione Bombola Ossigeno n°2	Atm.					
Pressione Bombola Ossigeno Portatile	Atm.					

Firma _____

CONTROLLI ORE 14,00

Carburante	a livello	SI	NO	rabbocco	SI	NO
Segnalazione acustica e di allarme	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Funzionalità apparato radio fisso	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Funzionalità apparato radio portatile	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Pulizia automezzo esterno ed interno	pulita	SI	NO	da effettuare	SI	NO
Pressione Bombola Ossigeno n°1	Atm.					
Pressione Bombola Ossigeno n°2	Atm.					
Pressione Bombola Ossigeno Portatile	Atm.					

Firma _____

CONTROLLI ORE 21,00

Carburante	a livello	SI	NO	rabbocco	SI	NO
Segnalazione acustica e di allarme	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Funzionalità apparato radio fisso	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Funzionalità apparato radio portatile	funzionante	SI	NO	da riparare	SI	NO
Pulizia automezzo esterno ed interno	pulita	SI	NO	da effettuare	SI	NO
Pressione Bombola Ossigeno n°1	Atm.					
Pressione Bombola Ossigeno n°2	Atm.					
Pressione Bombola Ossigeno Portatile	Atm.					

Firma _____