





Azienda Sanitaria Locale di Teramo Presidio Ospedaliero "G. Mazzini" - Piazza Italia 1 64100 - Teramo U.O.S.D. Ingegneria Clinica Fax: 0861/429814

Alla c.a. dell' Ing. Fabiola Fiore

Teramo, 06/09/2022 Ns prot. W2209062

Oggetto: Lettera di trasmissione collaudo eseguito su Sistema polifunzionale per radiologia digitale presso U.O.C. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA del P.O. di Sant'Omero.

Con la presente si trasmette verbale di collaudo per il quale la scrivente ATI ha dato proprio supporto tecnico.

In particolare le apparecchiature collaudate in data 09/08/2022 sono le seguenti:

- 0020696 ARMADIO DELL_ELETTRONICA GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL -SIREVIX PF2 - 2046921
- 0020697 SISTEMA POLIFUNZIONALE PER RADIOLOGIA DIGITALE GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL - SIREVIX PF2 - TD0005200A
- 0020693 CONSOLLE DI COMANDO GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL SIREVIX
 PF2 2046921
- 0020694 LETTORE/ DETETTORE A FLAT PANEL THALES ELECTRON DEVICES PIXIUM PORTABLE 3543 EZ - 2214DF
- 0020695 ARMADIO DELL'ELETTRONICA GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL -SIREVIX - 5186-I21
- 0020692 MONITOR PER COMPUTER DELL COMPUTER CORP P2418HT CN-0CV1HD-WSL00-22F-AKYL
- 0020664 MONITOR TELEVISIVO PER BIOIMMAGINI EIZO NANAO CORP RADIFORCE MS 236WT - 30109091
- 0020714 ARMADIO DELL'ELETTRONICA GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL -SIREVIX DR - 2022PA04
- 0020716 CARICABATTERIE ELETTROMEDICALE TRIXELL CHARGER 2 EZ DY15681
- 0020715 ARMADIO DELL'ELETTRONICA GMS GENERAL MEDICAL SYSTEM SRL -INSIDE - 12330

W2209062 - Lettera di trasmissione collaudo eseguito su Sistema polifunzionale per radiologia digitale presso U.O.C. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA del P.O. di Sant'Omero.







Il Collaudo si è concluso, per quanto di ns competenza con esito positivo.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Per il Responsabile Marifarma FM

Ing. Michela D'Ignazio

Middle D'Gram



U.O.C. Fisica Sanitaria

Modulistica

COLLAUDO DI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

Documento:	PA	07	0

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

pag. 1 di 4

TRUTTURA:OADIGLIONE:	N° : 2 N° : 1	4 6 8 5 7 8 85 96 6 3 6 3 6 3 6 3 6 3 6 3 6 3 6 3 6 3	DEL: DEL: DEL: DEL: DEL: DEL: DEL:	[]] []] []] []] []]	Non disponibile Non disponibile Non disponibile Non disponibile Non disponibile Non disponibile
Codice Apparecchio	PPARECCHIATURE OGGETTO DI Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente
0020697	SISTEMA POLIFUNCIONA PER RADIOLOGIA	GM 3	SIREVIX	TDCG52	
0026693	CONSOLLE DI CEMANDO	CM 5	SIREVIX.	2046921	
00 206 94	DETETIONS	THALES	3543 @=C	2214DF	
00 20 6 92	MON, TOR MEDIALE	DELL	PSC184 #1	CN-ØCV 1 HD-WSL9Ø-ZZF	-AKYL
002066h	MONITOR	8130	M S 236 WT - BK PROCRAM US3	3810 9841	
206 95	ARMADIC ECETITE NICA	C MS NO D	R 306. 48	2106 - 151	
ce206 96	n	ل	SINE VIX	2046971	
co 20 7 14	ч	~	マラン こし	zorz PAOH	
,	~	~	301211	12330	
0020715	CARICA BATTERIA	TRIXELL	CHAR GER ZE E	DY 15681	
Verifica integrità dell' Verifica corrisponden Verifica corrisponden Assenza di evidenti de Verbale di installazion Dichiarazione di conf	MITÀ DELLA FORNITURA imballaggio, se KO indicare qu za fra materiale consegnato e oi za fra materiale consegnato e in anni esterni sull'apparecchio; se ne/collaudo redatto dalla ditta fo ormità dell'impianto di aliment enda sanitaria riferisce che tale	dinato ([] allegata Checdicato su DDT ([] allegata KO indicare quali ID:aratione dell'apparecchio s	ato DDT riscontro) 09/08/2020 secondo DM 37/08		[NV] [√ si allega [GP*] [] si allega [GP*]



Modulistica

COLLAUDO DI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

Documento: PA 07 01
Revisione n.: 3
Data: 04/07/2018

U.O.C. Fisica Sanitaria pag. 2 di 4 SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO ID (tabella sezione 2): Codice Apparecchio: OO 2064 Key number: Configurazione: [] Singolo; [] A sistema: alimentato da altro apparecchio; MA sistema: alimentato dalla rete Codice padre: 0020697 Importo delibera di acquisto: ______+ IVA [] importo singolo apparecchio Anno di fabbricazione: Numero repertorio: [NA] Effettuata Fotografia: [OK] [NA] CND: [MA] Accessori forniti con l'apparecchio: N° Descrizione Quantità | Part number S/N-Lotto 1 2 3 4 ______Data: _____Lingua: VItaliano; [] _____ [OK] [KO] _______ [OK] [KO] Manuale Utente: Rev Manuale Service: Dichiarazione di conformità: MDD 93/42; [] MDR 2017/745; [] IVDD 98/79; [] IVDR 2017/746; [] [VSi allega Classe di rischio apparecchiatura: [NA] Certificato CE (MD/IVD): [OK] [NA] [VSi allega _ [NA] Release Software e data: INVI Lingua interfaccia software: Server address: Indirizzo IP: _____ Gateway: ____ MAC address: Fornite password specifiche: [OK] [NA] [NV] Normativa/e di riferimento: Check list manutenzione preventiva: [OK] [KO] [NA] [] si allega Periodicità manutenzione preventiva: [] si allega Altra documentazione: Installazione del bene in accordo alle prescrizioni del fabbricante: [OK] [KO] [NA] [NV] Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M), idraulica, pneumatica etc): [OK] [KO] [NA] [NV] Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghe: [OK] [KO] [NA] Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se diverso dal campo stanza):_ Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts): [NA] [NV] [OK] (Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6) Durata della garanzia (mesi):_____ __ Data inizio garanzia: Data fine garanzia: Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia:[] Vizi occulti; [] Manutenzione Preventiva;[] Manutenzione su guasto [] Contratto full risk [] Kit Manutenzione [] Materiale di consumo ;[NM] SEZIONE 5 - VERIFICHE TECNICHE Verifica di sicurezza elettrica effettuata dal Fornitore: [] sul luogo di installazione; [Vfabbrica [OK] [KO] [NA]], si allega Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: [Ysul luogo di installazione; [] fabbrica [OK] [KO] [NA] [si allega Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) effettuata da HC: [] sul luogo di installazione; [] laboratorio [OK] [KO] [M [] si allega Codice richiesta VSE: Altri controlli: Note



Modulistica

พอสมเรเต
COLLAUDO DI APPARECCHIATURA
ELETTROMEDICALE

Documento: PA 07	01
Revisione n.: 3	
Data: 04/07/2018	
	pag. 2 di 4

SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCH	IO			
ID (tabella sezione 2):	Codice Apparecchio: OC	0 869 Key number:		
Configurazione: [] Singolo; [] A	sistema: alimentato da altro	apparecchio: MA sistema: alimentato dall	a rete Codice padre:	0020697
importo denbera di acquisto:	+ IV	A [] importo singolo apparecchio		
Anno di fabbricazione: Effettuata Fotografia: [OK] [NA]	*	Numero repertorio:		[NA]
Effectional Totografia. [OK] [NA]	* * * * *	CND:		[NU]
Accessori forniti con l'apparecchi	io:			
N° Descrizione		Part number	S/N-Lotto	
1				
2				
3				
4				
2		<u></u>		
Manuale Utente: Rev	Data:	Lingua: [] Lingua:	OKI IKO	
Manuale Service: Rev	Data:	Lingua:	[OK] [KO] [NA	1
Dichiarazione di conformità. NA	(DD 02/42, F3 MDD 001555	10 31		
Classe di rischio apparecchiatura:	1DD 93/42; [] MDR 2017//2	45; [] IVDD 98/79; [] IVDR 2017/746; [] [NA] Certificato CE (ND/IVD):		[si allega
UDI:		[NA] Certificato CE (NAD/IVD):	: [OK] [KO] [NA]] [√si allega
5	(a) (a) (b) (b) (c) (c)			
Release Software e data:		[NV] Lingua interface	ia software:	
Indirizzo IP: Gate	eway:Serv	rer address: MAC add	iress:	
Fornite password specifiche:			[OK] [NA] [NV	
Normativa (a di rifarim anta:		r e e e e	# I HO 2	
Normativa/e di riferimento:				
			E-	
Check list manutenzione preventiv	va:		[OK] [KO] [N Á]	I [] si allega
Periodicità manutenzione preventi	ıva:	-		[] si allega
Altra documentazione:	2 2 2 2 2 3 4 4 5 3 4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	2		
Installazione del bene in accordo a			ואשליז ווצרא הזאיז	DATE
Adeguatezza alimentazione (elettr	ica (TN, IT-M), idraulica, pr	eumatica etc)	[OK] [KO] [NA] [OK] [KO] [NA]	
Assenza di adattatori, prese multip	ole e prolunghe:		[OK] [KO] [NA]	-
Locale in cui è stato eseguito il co	llaudo (se diverso dal campo	stanza):	[0]	
Allocata Lista madi di dia 11 70	- CO		a sug	_
Allegata Lista parti di ricambio (S	pare Parts):	* × 22	[OK] [NA	[NV]
(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti ved	il sezione 6)			
Durata della garanzia (mesi):	Data iniz	zio garanzia: Data	fine garanzia:	
Attività e materiali compresi durar	ate il periodo di garanzia:[]	Vizi occulti; [] Manutenzione Preventi		su guasto
[] Contratto full risk			D. Barrer	- Bumbeo
	[]]	Kit Manutenzione		
		Materiale di consumo		
SEZIONE 5 – VERIFICHE TECNICHI	E.			
Verifica di sicurezza elettrica effet		ogo di installazione Myfahhmian	IOTA IZOL DILI	r/1 · 11
Verifica funzionale effettuata dal I	Fornitore: 6 mil le 11	ogo ar matanazione, [A monica	[OV] [KO] [NA]	1
			[OK] [KO] [NA]	[Y si allega
		sul luogo di installazione; [] laboratorio	[OK] [KO] [M	[] si allega
Codice richiesta VSE:	Altri controlli:			e a

Note				

·	12			



U.O.C. Fisica Sanitaria

Modulistica

COLLAUDO DI APPARECCHIATURA **ELETTROMEDICALE**

Documento: PA 07 01	
Revisione n.: 3	
Data: 04/07/2018	

pag. 2 di 4

	sezione 2): Codice Appa	recchio: OC	70693 Key number:		
Configurazi	one: [] Singolo; MA sistema: alimen	tato da altro a	Key number:	rete Codice pa	dre: 0020697
Importo del	ibera di acquisto:	+ IV.	A [] importo singolo apparecchio		
Anno di fab	bricazione:		A [] importo singolo apparecchio Numero repertorio: CND: それる	208 2468	[NA]
Effettuata F	otografia: [NA]		CND: <u>E41 03</u>	stol	[NV]
Accessori fo	orniti con l'apparecchio:				
	Descrizione	Quantità	Part number	S/N-Lotto	
1	1			5/11/1/01/0	
2		1			
3					
4					
Manual a TT		131 16 1		,	,
Manuale Ot	ente: Rev	Data:	Lingua: MItaliano; []	[OK] [KV]	
5 5 8 905			Lingua:		
Dichiarazion Classe di ris	ne di conformità: [VMDD 93/42; [] N schio apparecchiatura: 1	/IDR 2017/74	5; [] IVDD 98/79; [] IVDR 2017/746; [] [NA] Certificato CE (ND/IVD):	[OK] [KO]	[y si allega [NA] [y si allega
Release Sof	tware e data:		[NV] Lingua interfaccia	a software:	0
Indirizzo IP	: Gateway:	Serve	er address: MAC add	ress:	
Fornite pass	sword specifiche:	nosac e sac oc		[OK] [NA]	[NV]
nomativare	e di riferimento:				
Periodicità 1	nanutenzione preventiva: manutenzione preventiva: nentazione:			[OK] [KO]	[NA] [] si allega [] si allega
Adeguatezza Assenza di a	e del bene in accordo alle prescrizioni a alimentazione (elettrica (TN, IT-M), adattatori, prese multiple e prolunghe: ni è stato eseguito il collaudo (se diver	idraulica, pn	eumatica etc):	[OK] [KO] [OK] [KO] [OK] [KO]	[NA] [NV]
and a definition of the second		*			
Allegata Lis	sta parti di ricambio (Spare Parts):		+ ² - 100 - 1 - 1 - 1	[OK]	[NA] [NV]
	gni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6)				
	a garanzia (mesi):	Data iniz			
[] Contratto	ateriali compresi durante il periodo di o full risk	garanzia:[] \	/izi occulti; [] Manutenzione Preventiv	a; [] Manutenzi	ione su guasto
		[] F	Kit Manutenzione		
		[] N	Materiale di consumo		;[NX]
SEZIONE 5	-VERIFICHE TECNICHE	***		TELL WE S	
	sicurezza elettrica effettuata dal Fornit	ore: [] sul luc	ngo di installazione: Nyfahhrica	IOTAL DECI	[NA] [/] si allega
	zionale effettuata dal Fornitore: [V sul				
					[NA] [si allega
			sul luogo di installazione; [] laboratorio		[] si allega
Codice richi	iesta VSE: Altri cont	rolli:			30
NT.					
Note					



C

Doc	umento: PA 07 01	
Rev	sione n.: 3	
Dat	a: 04/07/2018	

Modulistica	Documento: PA 07 01	
OLLAUDO DI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE	Revisione n.: 3	
	Data: 04/07/2018	
	pag. 2 di 4	

SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO		
ID (tabella sezione 2): Codice Annar	recchio: 00 2069 Key number:	
Configurazione: [] Singolo; [] A sistema: aliment	ato da altro apparecchio; [] A sistema: alimentato di	-11
Importo delibera di acquisto:	+ IVA [] importo singolo apparecchio	alla rete Codice padre: 00 (06 94
Anno di fabbricazione:	Number and arteria	218 00 CG
Effettuata Fotografia: [OK] [NA]	Numero repertorio:	218 0959 [NA] MG 31180 [NV]
		ENV]
Accessori forniti con l'apparecchio: N° Descrizione		
N Descrizione	Quantità Part number	S/N-Lotto
2		
3		
4		
** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **		
Manuale Utente: Rev	Data:Lingua: MItaliano; []	LOKI LKO
Manuale Service: Rev	Data: Lingua: M Italiano; [] Data: Lingua:	[OK] [KO] [NA]
	Dingua.	[NA] [NA]
Dichiarazione di conformità: [VMDD 93/42; [] M	DR 2017/745; [] IVDD 98/79; [] IVDR 2017/746; []	[] [Mri allega
Classe di rischio apparecchiatura:	[NA] Certificato CE (ND/IVI	D): [OK] [KO] [NA] [¿Vsi allega
UDI:	[NAM]	ori [ito] [iti] [ori anega
Delege S. C.	- V	
Release Software e data:	[NV] Lingua interface Server address: MAC a	ccia software:
Indinzzo IP: Gateway:	Server address: MAC a	ddress:
Fornite password specifiche:		[OK] [NA] [NV]
NT		a a market of the second of the
Normativa/e di riferimento:		1
Check list manutenzione preventiva:	en a v	TOTAL PROPERTY OF
Periodicità manutenzione preventiva:		[OK] [KO] [NA] [] si allega
Altra documentazione:	**************************************	[] si allega
Installazione del bene in accordo alle prescrizioni d	lel fabbricante:	[% K] [KO] [NA] [NV]
Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M), i	draulica, pneumatica etc):	[OK] [KO] [NA] [NV]
Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghe:	[OK] [KO] [NA] [NV]	
Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se diverso	o dal campo stanza):	[OB] [KO] [NA]
20		
Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts):		[OK] [NA] [NV]
(F. J.	2 2 2 2 2	
(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6) Durata della garanzia (mesi):	Data in ini-i	
Attività e materiali compresi durante il periodo di g	Data inizio garanzia: Dat	a fine garanzia:
[] Contratto full risk	aranzia:[] vizi occulti; [] Manutenzione Preven	tiva; [] Manutenzione su guasto
[] condition	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [
r.	[] Kit Manutenzione	
and an analysis of the second	[] Materiale di consumo	;[NX]
SEZIONE 5 – VERIFICHE TECNICHE		
Verifica di sicurezza elettrica effettuata dal Fomitor	re: [] gul luogo di installari a BJC 11	
Varifica francis-1- ff. 4 11E	c. [] sur raogo di histanazione, [Viaborica	[OK] [KO] [NA] [] si allega
Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: [V sul l		[OK] [KO] [NA] [Y si allega
Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) effettuata	a da HC: [] sul luogo di installazione; [] laboratorio	[OK] [KO] [M [] si allega
	olli:	[] [] [] [] [] statica
- Aut voido		
Note		
1100		



Modulistica COLLAUDO DI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

Documento: PA 07 01	
Revisione n.: 3	
Data: 04/07/2018	

SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO	2			The second secon
ID (tabella sezione 2): Codice A	nnarecchio: C)C	20,696 Key number:		
Configurazione: [] Singolo; [] A sistema: ali				odre: 0020697
Importo delibera di acquisto:	+ IV.	A [] importo singolo apparecchio	INVA	-
Anno di fabbricazione:		Numero repertorio:	16851	U [NA]
Effettuata Fotografia: [OK] [NA]		Numero repertorio: CND: Z 14	0 39011	[NV]
			- 10-01	
Accessori forniti con l'apparecchio:				
N° Descrizione	Quantità	Part number	S/N-Lotto	
1				
2				
3				
4				
Manuale Utente: RevManuale Service: Rev	Data:	Lingua: MItaliano: []	LOKI LKO	
Manuale Service: Rev	Data:	Lingua:	[OK] [KO]	LVIV1
Dichiarazione di conformità: VMDD 93/42:	[] MDR 2017/74	5; [] IVDD 98/79; [] IVDR 2017/746; []		[N si allega
Dichiarazione di conformità: MMDD 93/42; Classe di rischio apparecchiatura:		[NA] Certificato CE (NAD/IVD):	LOKI IKUI	NAI [clisi allega
UDI:		[NAI	[] [120]	[] [A pranoga
Release Software e data:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	[NV] Lingua interfaccia	a software:	
Indirizzo IP: Gateway:	Serve	er address: MAC addr	ess:	
Fornite password specifiche:			[OK] [NA]	[NV]
Normativa/e di riferimento:				
	3 5 7 211			
Check list manutenzione preventiva:			LOKI EKOI	141/2 1 2 1 11
Periodicità manutenzione preventiva:				[NA] [] si allega [] si allega
Altra documentazione:		Management .		[] si anega
	r r	2.2 (a) (b) (b) (c)	У.	2 2
Installazione del bene in accordo alle prescriz	zioni del fabbrican	te:	[OK] [KO]	INA] INVI
Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT	'-M), idraulica, pn	eumatica etc):	[OK] [KO]	
Assenza di adattatori, prese multiple e prolun			[OK] [KO]	
Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se d	liverso dal campo	stanza):	[00] [110]	[- 11 -]
	r in a		2 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts)	:		[OK]	[NA] [NV]
(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6) Durata della garanzia (mesi):	Data inis	zio garanzia: Data f		
Attività e materiali compresi durante il perioc			ine garanzia:	
Contratto full risk	io di garanzia.[]	vizi occulti, [] Ivianutenzione Preventiv	a; [] Manutenz	ione su guasto
J Conducto Idn Hox	ГТТ	Zit Manutanziana		
	1. J	Kit Manutenzione		
100 Al 4 B 1 B 1	[]	viateriale di consumo	1 (4 % -4.2 %	;[NW]
SEZIONE 5 – VERIFICHE TECNICHE				
Verifica di sicurezza elettrica effettuata dal F	omitore: [] sul luc	ogo di installazione: Nabbrica	ION IVOI	[NA] si allega
Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: [
			[OK] [KO]	[NA] [si allega
Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) efi	fettuata da HC: []	sul luogo di installazione; [] laboratorio	[OK] [KO]	[] si allega
Codice richiesta VSE: Altri	controlli:			•
		and the second s		
Note				
	roen - maketura - maketura			
	~~~~			MP3000



# C

Documento: PA 07 01	
Revisione n.: 3	
Data: <b>04/07/2018</b>	

Modulistica OLLAUDO DI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE	Documento: PA 07 01  Revisione n.: 3	
	Data: 04/07/2018	
	pag. 2 di	

SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO				
ID (tabella sezione 2): Codice A	pparecchio: OC	Key number:		
Configurazione: [] Singolo; [] A sistema: al	imentato da altro a	pparecchio: [] A sistema: alimentato dalla	rete Codice padre	0020697
Importo delibera di acquisto:	+IV	A [] importo singolo apparecchio	DATA!	
Anno di fabbricazione:	The same of the sa	Numero repertorio:	20824	48 INAI
Effettuata Fotografia: [OK] [NA]		A [] importo singolo apparecchio Numero repertorio:  CND:  Z	110 3070'	[NV]
Effectuata Potografia. [Ott] [TA]		CND.	2/10 304 -	[111]
Accessori forniti con l'apparecchio:				
N° Descrizione	Ov t;t2	D-41	CATT	
1 Descrizione	Quantità	Part number	S/N-Lotto	
1		,	do par i i s	
2				
3				
4	11			
4		L		
Manuale Utente: Rev	Data:	Lingua: M Italiano; [ ]	_ [OK] [K <b>Ø</b> ]	
Manuale Service: Rev	Data:	Lingua:	[OK] [KO] [N.	A]
Dichiarazione di conformità: VMDD 93/42 Classe di rischio apparecchiatura:	[] MDR 2017/74	5; [ ] IVDD 98/79; [ ] IVDR 2017/746; [ ]	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	_ [√si allega
Classe di rischio apparecchiatura:	B	[NA] Certificato CE (MD/IVD):	[OK] [KO] [N.	A] [ si allega
UDI:		[NA]		
Release Software e data:		[NV] Lingua interface	ia software:	
Indirizzo IP: Gateway:	Serv	er address: MAC add	ress:	
Fornite password specifiche:	~ ***	11110 440	[OK] [NA] [N	5/7
Francisco Principal Control of the C			[OK] [M] [M	٧,
Normativa/e di riferimento:			N 2 3 1	
Troffiladvare di merimento.				
outh months of months of the				7
Check list manutenzione preventiva:			[OK] [KO] [ <b>N</b>	(1 [ ] ai allaga
Periodicità manutenzione preventiva:				si allega
Altra documentazione:		<del></del>		[ ] St affega
Altra documentazione:		* · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Installazione del bene in accordo alle prescri	zioni dal fabbricar	ita	(ANZ) TZOJ DJ	AT DITT
			[OK] [KO] [N.	
Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, I		eumatica etc):	[OK] [KO] [N.	
Assenza di adattatori, prese multiple e prolu	•		[OR] [KO] [N	<b>A</b> ]
Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se	diverso dal campo	stanza):		
		7 8 90 1 9		
Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts)	:		[OK] [N	A] [NV]
*				
(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6)	<u> </u>	, II		
Durata della garanzia (mesi):	Data ini		fine garanzia:	
Attività e materiali compresi durante il perio	do di garanzia:[]	Vizi occulti; [] Manutenzione Preventi	va; [] Manutenzion	e su guasto
[] Contratto full risk				2-22
	[1]	Kit Manutenzione		,
		Materiale di consumo		:INXI
				,[, ,]
SEZIONE 5 – VERIFICHE TECNICHE				
Verifica di sicurezza elettrica effettuata dal I	Comitore: [] sullin	ogo di installazione: AVfabbrica	INTO INTO	A1 1/1 at a11
			[OK] [KO] [N.	202 102 102
Verifica funzionale effettuata dal Fornitore:	🛚 sul luogo di ins	tallazione; [] fabbrica	[0K] [KO] [N.	A] [ si allega
Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) ef	fettuata da HC+ [ ]	sul luogo di installazione: El laboratorio	[OK] [KO] [N	
				I I ar stregg
Codice richiesta VSE:Altr	controlli:			
Note				
		The second secon		
			-	
			***	



Modulistica

# COLLAUDO DI APPARECCHIATURA **ELETTROMEDICALE**

Documento: PA 0	7 01
Revisione n.: 3	
Data: <b>04/07/2018</b>	
	pag. 2 di 4

SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO	0.00	<del></del>		
ID (tabella sezione 2): Codice Appar	ecchio: OO 2C	Key number: _		
Configurazione: [] Singolo; [] A sistema: aliment		hio; [¡VA sistema: alimentato o	dalla rete Codice padre:	0020697
Importo delibera di acquisto:		importo singolo apparecchio	224 cl 21	K.
Anno di fabbricazione:	_	Numero repertorio:	24014	[NA]
Effettuata Fotografia: [NA]		CND: E11	900 807	[NV]
Accessori forniti con l'apparecchio:	Quantità Part n	numbar.	S/N-Lotto	
N° Descrizione	Quantita Fait ii	unioei	B/IV-Lotto	· ·
2				
3				1
4				
Manuale Utente: Rev	Data:	Lingua: VItaliano; []	OK] [K	
Manuale Utente: Rev Manuale Service: Rev	Data:	Lingua:	[OK] [KO] [NA]	
				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Dichiarazione di conformità: [VMDD 93/42; [] M Classe di rischio apparecchiatura:	IDR 2017/745; [ ] IV	DD 98/79; [] IVDR 2017/746	5; [ ]	[v] și allega
Classe di rischio apparecchiatura:	[]	NA] Certificato CE (MD/IV	/D): [OK] [KO] [NA]	si allega
UDI:	[	NAT .		
Release Software e data:	15 K	Y Lingua inter	faccia software:	w u
Release Software e data:	Sarvar addre	Lingua interi	address.	
Fornita pagguard specifiche: Gateway	Server addre	WAC	IOKI INAI INVI	
Politice password specificite.				e sa
Normativa/e di riferimento:		h	* 1 E	1
		Table 20 Page 1		F 7 ' 11
Check list manutenzione preventiva:			[OK] [KO] [ <b>N</b> A]	
Periodicità manutenzione preventiva:				[] si allega
Altra documentazione:				
Installazione del bene in accordo alle prescrizioni	del fabbricante:	0.0	[ØK] [KO] [NA]	[NV]
Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M),		ca etc):	[OK] [KO] [NA]	
Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghe:	•	,	[OK] [KO] [NA]	
Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se divers	so dal campo stanza)			· ·
		K K 59 K	rows pub	0.77
Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts):		8 18 11	[OK] [NA]	[NV]
(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6)	to the same			H V
Durata della garanzia (mesi):	Data inizio gara	1	Data fine garanzia:	
Attività e materiali compresi durante il periodo di [] Contratto full risk	garanzia:[ ] Vizi occ	ulti; [] Manutenzione Prev	entiva; [] Manutenzione s	u guasto
LJ	[] Kit Mar	nutenzione		
* :		le di consumo		;[NM]
				- 4 - y * 1
SEZIONE 5 – VERIFICHE TECNICHE		. 11 '	tarl Evol Divi	*/
Verifica di sicurezza elettrica effettuata dal Fornite		The second secon	[OV] [KO] [NA]	
Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: [V sul luogo di installazione; [] fabbrica			[OK] [KO] [NA]	[ si allega
Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) effettuata da HC: [] sul luogo di installazione; [] laboratorio [OK] [KC			rio [OK] [KO] [ <b>M</b>	[] si allega
Codice richiesta VSE:Altri cont	rolli:			*
Note				
Note		4 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		·
the state of the s				
			ERRORES CARROLLES	



U.O.C. Fisica Sanitaria

### Modulistica

### COLLAUDO DI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

 Documento: PA 07 01	
Revisione n.: 3	
Data: 04/07/2018	

pag. 3 di 4

SEZIONE 6 – ESITO COLLAUDO DI ACCETTAZIONE

ESTTO CONTROLLO COMPLESSIVO E COMPLETEZZA DELLA FORNITURA    POSITIVO	
Personale Ingeneria Clinica Data: Of 100 C.	ESITO CONTROLLO COMPLESSIVO E COMPLETEZZA DELLA FORNITURA
Dutin: GPO 1000   Servicio d'Ingogliera Clinica   Servicio d'Ingogliera Clinica   Ingogliera   Ingogli	POSITIVO NEGATIVO AUSL 4
Robinstatore (ex art. 102. b. Lgs. 50/2016)   Inggrepter Curico.   Nome Cognome: Let 0.0.2   Chica and the control of the co	infection effect two twentforts
Note:   Rappresentante del Fornitore   None Cognome:   A 2	Il collaudatore/verificatore (ex art. 102 D. Lgs. 50/2016)
Rappresentante del Fornitore Nome Cognome: N. 126 Anti Old Data: 09 / 20 / 20 Data inizio gamazia: 07 / 20 Data:	
Sitto Verifiche Tecnico HC - Nome Cognome:   Stephano	Note.
Sitto Verifiche Tecniche - Verifiche Disicurezza Elettrica   Sitto Verifiche Tecniche - Verifiche Esperto Qualificato (DD) - Nome Cognome: Data: Firma: [NA]   Sitto Verifiche Esperto responsabile (ER) - Nome Cognome: Data: Firma: [NA]   Sitto Verifiche e Valutazioni Tecniche: Note:   Data: Firma: [NA]   Sitto Verifiche e Valutazioni Tecniche:   Sitto Verifiche e Valutazioni Data:	Rappresentante del Fornitore
Sitto Verifiche Tecnico HC - Nome Cognome:   Stephano	Durata della garanzia (mesi): Data inizio garanzia: 09/08/124 Data fine garanzia: 08/08/124
ESITO VERIFICHE TECNICHE — VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA    POSITIVO   NEGATIVO	Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: Vizi occulti; Manutenzione Preventiva: Manutenzione su guasto
ESITO VERIFICHE TECNICHE — VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA    POSITIVO   NEGATIVO	[] Kit Manutenzione [] Materiale di consumo [NA]
ESITO VERIFICHE TECNICHE — VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA    POSITIVO   NEGATIVO	Note: GOMADO PARENDISMA PRO ALMA 3 AMA
ESITO VERIFICA E TECNICHE — ALTRE VERIFICHE TECNICHE  POSITIVO  Seperto Qualificato (FQ)—Nome Cognome:  Data:  Esperto responsabile (ER)—Nome Cognome:  Data:  Data:  Firma:  [NA]  Firm	The state of the s
ESITO VERIFICA E TECNICHE — ALTRE VERIFICHE TECNICHE  POSITIVO  Seperto Qualificato (FQ)—Nome Cognome:  Data:  Esperto responsabile (ER)—Nome Cognome:  Data:  Data:  Firma:  [NA]  Firm	
ESITO VERIFICHE TECNICHE - ALTRE VERIFICHE TECNICHE   POSITIVO   NEGATIVO   NEGATIVO   POSITIVO	ESITO VERIFICHE TECNICHE – VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA
ESITO VERIFICHE TECNICHE — ALTRE VERIFICHE TECNICHE  POSITIVO  RESPETO QUalificato (EQ)—Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Firma:  [NA]  Firma:  [NA]  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  POSITIVO  NEGATIVO  POSITIVO  NEGATIVO  POSITIVO  NEGATIVO  POSITIVO  Responsabile UO — Nome Cognome:  POSITIVO  NEGATIVO  POSITIVO  NEGATIVO  Responsabile UO — Nome Cognome:  POSITIVO  NEGATIVO  Responsabile UO — Nome Cognome:  POSITIVO  NEGATIVO  Responsabile UO— Nome Cognome:  POSITIVO  Responsabile	POSITIVO NEGATIVO
ESITO VERIFICHE TECNICHE — ALTRE VERIFICHE TECNICHE  POSITIVO  RESPETO QUalificato (EQ)—Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA]  Firma:  [NA]  Firma:  [NA]  Firma:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  [NA]  Esperto responsabile (ER) — Nome Cognome:  Data:  POSITIVO  NEGATIVO  POSITIVO  NEGATIVO  POSITIVO  NEGATIVO  POSITIVO  Responsabile UO — Nome Cognome:  POSITIVO  NEGATIVO  POSITIVO  NEGATIVO  Responsabile UO — Nome Cognome:  POSITIVO  NEGATIVO  Responsabile UO — Nome Cognome:  POSITIVO  NEGATIVO  Responsabile UO— Nome Cognome:  POSITIVO  Responsabile	Tecnico HC - Nome Cognome: Amana Stront Data: 09 (28/ 20n Firma: Cell
Esperto Qualificato (EQ) Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA	
Esperto Qualificato (EQ) Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome:  Data:  Firma:  [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA] Firma: [NA	ESITO VEDIDICHE TECNICHE AT THE VEDIDICHE TECNICHE
Esperto Qualificato (EQ) Nome Cognome: Data: Firma: [NA] Esperto responsabile (ER) - Nome Cognome: Data: Addetto sieuw Zza laser (ASL) - Nome Cognome: Note:    Na]   Seguite Verifiche e Valutazioni Tecniche:   Note:	
Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome: Data: Firma [NA] Addetto sicurezza laser (ASL) – Nome Cognome: PARLO4 POSCODAta: PSOLO2 Firma [NA] Eseguite Verifiche e Valutazioni Tecniche: Note:    POSITIVO   NEGATIVO	
ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE  POSITIVO  NEGATIVO  NEGATIVO  FORMAZIONE ALL'USO Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:  [] E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo  La formazione è stata programata, in accordo fra fomitore e unità operativa, in data: 29-3-31  [] Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo  A.U.S.L/4 - TERAMO  VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE  L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  Responsabile UO - Nome Cognome: COCCUAD  Data: O7/9/2022  Timbro Diriginale Responsabile  NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbilitate del manuale d'uso.  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO  NEGATIVO  NEGATIVO  Responsabile IC- Nome Cognome: FIOR FABOLA Data: O1 08 2022  Timbro Finna Fiore	Esperto Qualificato (EQ) Nome Cognome: Data: Firma: [NA]
ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE  POSITIVO  NEGATIVO  NEGATIVO  FORMAZIONE ALL'USO Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:  [] E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo  La formazione è stata programata, in accordo fra fomitore e unità operativa, in data: 29-3-31  [] Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo  A.U.S.L/4 - TERAMO  VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE  L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  Responsabile UO - Nome Cognome: COCCUAD  Data: O7/9/2022  Timbro Diriginale Responsabile  NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbilitate del manuale d'uso.  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO  NEGATIVO  NEGATIVO  Responsabile IC- Nome Cognome: FIOR FABOLA Data: O1 08 2022  Timbro Finna Fiore	Addetto signezza laser (ASL) – Nome Cognome: FEMERICA POSCODAta: 5/8/2022 Firma: 1001
ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE  POSITIVO  NEGATIVO  Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:  [] E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo  La formazione è stata programata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: 29-3-21 AGNO  [] Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo  A.U.S.L/4 - TERAMO  P.O. "Val Vibrata" - Sant'Omero  L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  Responsabile UO - Nome Cognome: COSCUMA Data: 07/8/2022 Timbro Dirignette Responsabile  NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbilitante nel manuale d'uso.  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO NEGATIVO Timbro L'ingegnera clinica  POSITIVO Data: 01/08/2022 Timbro L'ingegnera clinica  TERAMO  P.O. "Val Vibrata" - Sant'Omero  P.O. "Val Vibrata" -	Eseguite Verifiche e Valutazioni Tecniche:
FORMAZIONE ALL'USO  Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:  [] E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo  [] La formazione è stata programata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: 29-3-31 46050  [] Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo  A.U.S.L./4 - TERAMO  VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE  L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  Responsabile UO - Nome Cognome: COSCUAR Data: O7/8/2022 Timbro Liriagi de Responsabile  NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabblitante del manuale d'uso.  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO NEGATIVO  Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABOLA Data: O1 08 2022 Timbro L'impegneria Fiore)  Timbro L'impegneria Fiore	Note:
FORMAZIONE ALL'USO  Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:  [] E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo  La formazione è stata programata, in accordo fra formitore e unità operativa, in data: 29-30-31 A6050  [] Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo  A.U.S.L/4 - TERAMO  P.O. "Val Vibrata" - Sant'Omero  L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  Responsabile UO - Nome Cognome: SOSCIDA Data: O7/8/2022 Timbro Biritagnite Responsabile  NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbiliante nel manuale d'uso.  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO NEGATIVO  Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABIOLA Data: O1 08 2022 Timbro Frimge, pione fiore)  Timbro Frimge, pione fiore)  Timbro Frimge, pione fiore	/
Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:  [ ] E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo  [ ] La formazione è stata programata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: 29-3-31 AGONO  [ ] Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo  A.U.S.L./4 - TERAMO  VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE  [ ] L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  Responsabile UO - Nome Cognome: COSCINA Data: 07/8/2022 Timbro Dirigrate Responsabile  NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabritante nel manuale d'uso.  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO  NEGATIVO  Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABIOLA Data: 01 08 2020 Timbro Firma: Fiore Firma:	POSITIVO NEGATIVO
E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo   La formazione è stata programata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: 29-30-31   AGNO     Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo   A.U.S.L./4 - TERAMO     VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE   P.O. "Val Vibrata" - Sant'Omero     L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.   Responsabile UO - Nome Cognome: GOSCIMA   Data: 07/8/2022   Timbro Dirignate Responsabile     NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabilitante del manuale d'uso.     ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE   TIMPO   TIM	FORMAZIONE ALL'USO
La formazione è stata programata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: 27-3-31 A6050  [] Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo  A.U.S.L./4 - TERAMO  VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE  L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  Responsabile UO - Nome Cognome: \$\infty \infty \	
Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo   A.U.S.L./4 - TERAMO	
VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE  L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  Responsabile UO – Nome Cognome: COSCINA Data: O7/8/2012 Timbro Divisioni dell'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbilitante nel manuale d'uso.  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO NEGATIVO Ingegneria Clinica  Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABIOLA Data: O1/08/2022 Timbro Efirma: Fabiola Fiore	I Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo
L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  Responsabile UO – Nome Cognome: COSCINA Data: O7/8/2022 Timbro Dirigente Responsabile  NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabilitante nel manuale d'uso.  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO NEGATIVO Ingegneria Clinica  Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABIOLA Data: O1 08 2022 Timbro E Firma: Fabiola Fiore	VEDIEICA DEDSONAL E LITH 177A TODE DO "Val Vilrata" - Sant'Omero
NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbilitante nel manuale d'uso.  ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO  NEGATIVO  NEGATIVO  Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABIOLA  Data: 01 08 2022  Timbro l'Firma: Fabiola Fiore	L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.  U.O.S.D. RADIODIAGNOSTICA
ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE  POSITIVO  NEGATIVO  NEGATIVO  Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABIOLA Data: 01 08 2022  Timbro le Finia: Februaria Fiore	
Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABLOLA Data: 01 08 202 Timbro Firma: Fabrical Flore	AUPINO
Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABLOLA Data: 01 08 202 Timbro Firma: Fabrical Flore	ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE
Responsabile IC- Nome Cognome: FIOLE FABLOLA Data: 01 08 2022 Timbro Firma: Fabiola Flora	POSITIVO NECATIVO
	Responsabile IC-Nome Cognome: FIOLE FABROLA Data: 01 08 202 Timbro Frima: Fabrica Timbro