



REGISTRO SEGNALAZIONI EMERGENZA	ANNO _____	R-SE.01	1/1
		Codice	Pagina

RICEVUTA DA PERSONA	EMERGENZA								LUOGO EMERGENZA				PERSONE FERITE	EVACUAZIONE IN ATTO		DATA	ORA	FIRMA DEL COMPILATORE
nome e cognome	tipo di emergenza								edificio	piano	locale	tel.	numero	SI	NO			
	INCENDIO	ALLAGAMENTO	BLACK OUT	CROLLI STRUTTURALI O CADUTA DI MATERIALI	RILASCIO SOSTANZE PERICOLOSE	RILASCIO SOSTANZE RADIOATTIVE	FUGA DI GAS	ALTRO										
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			