



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	INCENDIO	ALLAGAMENTO	BLACK OUT	CROLLI STRUTTURALI O CADUTA DI MATERIALI	RILASCIO SOSTANZE PERICOLOSE	RILASCIO SOSTANZE RADIOATTIVE	FUGA DI GAS	ALTRO	edificio	piano	locale	tel.	numero	SI	NO		
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"/>	_____	_____	_____
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"/>	_____	_____	_____
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"/>	_____	_____	_____
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"/>	_____	_____	_____
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"/>	_____	_____	_____