

REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE

Studio: _____

Responsabile verifiche periodiche: _____

Registro decennale verifiche periodiche Apparecchiature Elettromedicali

Norma di Riferimento: CEI EN 62353**Periodicità: Biennale**

Data verifiche	N° A.E.M. in Studio	N° A.E.M. Verificate	Esito Verifiche	Scadenza Verifica	Firma Tecnico Verificatore

Registro decennale verifiche periodiche Ambienti Medici

Norma di Riferimento: CEI 64-8 sez.710 e s.m.i. D.Lgs. 81/08 art.86 comma 1

Periodicità: Annuale[illegible]