



**CROCE ROSSA ITALIANA**  
COMITATO PROVINCIALE DI ASTI

**VERBALE DI CONSTATAZIONE**

Addì \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ nella sede del Comitato di \_\_\_\_\_

Presso la struttura:

1) Struttura C.R.I.: \_\_\_\_\_

2) Officina di riparazione : \_\_\_\_\_

Si è proceduto all'esame dell'automezzo sotto descritto:

Autovettura		Autoambulanza		Autocarro < 35 q.li		Autocarro > 35 q.li		Rimorchio		Motociclo	
T.sangue		Trasporto		T.cose		T.cose		1 asse		50 cc.	
T.persone		Soccorso		T.persone		Bus		+ Assi		Sup.50 cc.	
Medica		Rianimazione		T.promiscuo		Emoteca		Roulotte			
		Pediatrica				Articolato					

Marca: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Targa: \_\_\_\_\_ Telaio \_\_\_\_\_

Anno di prima immatricolazione: \_\_\_\_\_ Km.percorsi: \_\_\_\_\_ Trazione:  Normale  Integrale

Locomozione:  da strada  fuori strada  anfibio Risponde alla normativa CE n. \_\_\_\_\_

Carburante:  B.verde  Diesel  GPL  Metano

Verifica Gas di scarico con esito  Positivo  Negativo (allegare documentazione officina)

Constatato che trovasi nelle seguenti condizioni:

(la compilazione dei riquadri deve essere fatta in tutte le sue parti)

MECCANICA							
	Efficiente	Revisionare	Sostituire		Efficiente	Revisionare	Sostituire
Accensione				Radiatore			
Alimentazione				Scatola Cambio			
Freni				Scatola sterzo			
Imp.Elettrico				Segnalatori Acustici			
Marmitta				Segnalatori Ottici			
Motore				Sospensioni			

CARROZZERIA							
	Efficiente	Revisionare	Sostituire		Efficiente	Revisionare	Sostituire
Cristalli				Paraurti			
Parafanghi				Tappezzeria			
Portiere				Verniciatura			

# PNEUMATICI

Stato d'uso in percentuale: Anteriori \_\_\_\_\_ Posteriori \_\_\_\_\_ Km.percorsi: Anteriori \_\_\_\_\_ Posteriori \_\_\_\_\_

Ruota di scorta presente:  No  Si Stato \_\_\_\_\_

## DA COMPILARE SE TRATTASI DI AMBULANZA ACCESSORI IN DOTAZIONE E LORO STATO

Per la descrizione dello stato utilizzare i seguenti termini:  
Efficiente – Revisionare – Sostituire

Dotazione	Esistente		Dati degli accessori			
	SI	NO	Tipo	Marca	Modello	Loro stato
Sistema radio						
Estintori						
Rivestimento V.R.						
Sedile						
Poltroncina						
Divanetto						
Barella primaria						
Barella secondaria						
Barella a cucchiaio						
Mobiletti						
Imp. riscaldamento						
Bombole Ossigeno						
Aspiratore						
Sfigmomanometro						
Pallone Ambu						
Cardiografo						
Defibrillatore						

## PREVENTIVO PER EVENTUALE RIPARAZIONE

(Lavori necessari per il ripristino dello stato di efficienza, se tecnicamente possibile ed economicamente conveniente)

---

---

---

---

---

---

---

---

Si ritiene il mezzo adeguato alle esigenze sanitarie dell'Unità? :  SI  NO

Se NO specificare il perché: \_\_\_\_\_

---

---

---

**IL MECCANICO AUTORIZZATO**

\_\_\_\_\_

*Letto, approvato e sottoscritto in doppia copia.*

Sede li \_\_\_\_\_

**IL PRESIDENTE**

\_\_\_\_\_