

	Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
	Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

ENTE: ASL PESCARA

SEZIONE 1 - ESTREMI DELLA FORNITURA

DITTA FORNITRICE ITER OXYGEN Non disponibile
OFFERTA/RDO N° : _____ DEL: _____ Non disponibile
ORDINE N° : 20-2023-79 DEL: 18/04/2023 Non disponibile
DELIBERA/DETERMINA N° : 1322 DEL: 21/04/2023 Non disponibile
DDT N° : 308/2023 DEL: 30/10/2023 Non disponibile
N° : _____ DEL: _____ Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: 6.000,00 +IVA
TIT. PROPRIETA': Acquisto; Visione; Comodato service; Noleggio;
STRUTTURA: FO PESCARA REPARTO: MEDICINA E CHIRURGIA DI ACC. E URGENZA
PADIGLIONE: 7E PIANO: T STANZA: NUOVO OBI EX PEDIATRICO
CDC: _____ DESCRIZIONE CDC: _____

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
	<u>E014167</u>	<u>TRAVE TESTALETTO</u>	<u>ITER OXYGEN</u>	<u>N270</u>			<u>€1.000,00</u>
	<u>E014168</u>	<u>TRAVE TESTALETTO</u>	<u>ITER OXYGEN</u>	<u>N270</u>			<u>€1.000,00</u>
	<u>E014169</u>	<u>TRAVE TESTALETTO</u>	<u>ITER OXYGEN</u>	<u>N270</u>			<u>€1.000,00</u>
	<u>E014170</u>	<u>TRAVE TESTALETTO</u>	<u>ITER OXYGEN</u>	<u>N270</u>			<u>€1.000,00</u>
	<u>E014171</u>	<u>TRAVE TESTALETTO</u>	<u>ITER OXYGEN</u>	<u>N270</u>			<u>€1.000,00</u>
	<u>E014172</u>	<u>TRAVE TESTALETTO</u>	<u>ITER OXYGEN</u>	<u>N270</u>			<u>€1.000,00</u>

SEZIONE 3 - CONFORMITÀ DELLA FORNITURA

Verifica integrità dell'imballaggio, se KO indicare quali ID : _____ [OK] [KO] [NV]
Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e ordinato (allegata Check list riscontro) [] [KO] [NA]
Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e indicato su DDT (allegato DDT riscontro) [] [KO]
Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio; se KO indicare quali ID : _____ [] [KO]
Verbale di installazione/collaudo redatto dalla ditta fornitrice in data 15/11/2023 [] [KO] [NA] si allega [GP*]
Dichiarazione di conformità dell'impianto di alimentazione dell'apparecchio secondo DM 37/08 [OK] [KO] [] si allega [GP*]

* Il personale dell'azienda sanitaria riferisce che tale documentazione è già in loro possesso

Note

 Hospital Consulting SANITA' E AMBIENTE	Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
	Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

SEZIONE 6 – ESITO COLLAUDO DI ACCETTAZIONE

ESITO CONTROLLO VISIVO

POSITIVO NEGATIVO _____

Commissione

Data: 15/11/2023

Nome Cognome: elena BIANCHI MG

Nome Cognome: _____

Nome Cognome: _____

Note: _____

AUSL di PESCARA
 Presidio Ospedaliero "Spirito Santo"
 U.O.C. PRONTO-SOCCORSO
 Firma: _____
 Firma: _____
 Firma: _____

Rappresentante del Fornitore Casa da documentata Alferak

Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____

Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 15/11/2023 Data fine garanzia: 15/11/2024

Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: [] Vizi occulti; [] Manutenzione Preventiva; [] Manutenzione su guasto

[] Contratto full risk

[] Kit Manutenzione _____

[] Materiale di consumo _____; [NA]

Note: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

POSITIVO NEGATIVO _____

Tecnico HC – Nome Cognome: G. Di Muro Data: 15/11/2023 Firma: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – ALTRE VERIFICHE TECNICHE

POSITIVO NEGATIVO _____

Esperto Qualificato (EQ) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Addetto sicurezza laser (ASL) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Eseguite Verifiche e Valutazioni Tecniche: _____ [OK] [KO] [] si allega
 Note: _____

ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

POSITIVO 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 fornitore e unità operativa, in data: _____

Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo

VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.

Responsabile UO – Nome Cognome: BIANCHI MG Data: 15/11/2023 Timbro e Firma: _____

NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO _____

IL COLLAUDATORE
UOC INGEGNERIA CLINICA
 Ing. VINCENZO LO MELE

Responsabile IC – Nome Cognome: V. LO MELE Data: 15/11/2023 Timbro e Firma: _____

*L'esito assegnato è stato elaborato sulla base dei soli controlli e/o verifiche che è stato possibile effettuare

ORDINE

RIF-ORDINE

NUMERO : 20-2023-79
DEL : 18/04/2023
DATA CONSEGNA :
DATA FINE CONSEGNA :

FORNITORE

Spett.le
(19791) ITEM OXYGEN S.R.L.
P.I.: 06068560728
VIA LE FOGGE, 11
70022 ALTAMURA, BA
Telefono : 080/3143647

Budget di Spesa : UAUT-2023-13/2

Conto : 0101020502 - Attrezzature generiche

Codice	Descrizione	UM	Quantita	Prezzo Unit.	%Sc	Imponibile	%IVA
82880	TRAVE TESTA LETTO	N	6,00	1 037,74	0,00	6 226,44	22,00

CIG: Z953ACD12B - APPROVAZIONE
PREVENTIVO E AFFIDAMENTO PER LA
FORNITURA DI N.5 TRAVI TESTALETTO DA
INSTALLARE PRESSO LA UOC MEDICINA E
CHIRURGIA D'URGENZA AREA PEDIATRICA

Cdc: C04C01C00 UOC CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA - PO PESCARA Q.tà 6,00

COD IVA	IVA%	IMPONIBILE	IMPOSTA
I22	22,00	6 226,44	1 369,82

TOTALE IMPONIBILE

6 226,44

TOTALE IVA

1 369,82

TOTALE ORDINE

7 596,26

Luogo consegna

LTCPE - MAGAZZINO TECNOLOGICO PESCARA
VIA R. PAOLINI, 47
PESCARA,65100

 <p>www.ausl.pe.it</p>	<p>AZIENDA SANITARIA DI PESCARA U.O.C. INGEGNERIA CLINICA - HTA Via Renato Paolini n° 47 - 65124 Pescara Tel. 085. 4253106 – 3109</p>
---	--

Prot. n. 0035024/23

Pescara, 21/06/2023

Spett.le
 DITTA ITEMOXYGEN S.R.L.
a.tafuno@itemoxygen.com

OGGETTO: APPROVAZIONE PREVENTIVO E AFFIDAMENTO PER LA FORNITURA DI N.5 TRAVI TESTALETTO DA INSTALLARE PRESSO LA UOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA AREA PEDIATRICA DEL P.O. DI PESCARA AI SENSI DELL'ART. 1 CO. 2 LETT. A) DEL D.L. N. 76/2020 – CIG Z953ACD12B;

Si comunica che con Determina n. 1322 del 21/06/2023 è stato approvato il preventivo di spesa presentato da codesta Ditta per i lavori in oggetto, per il prezzo complessivo concordato/scontato di € 6.000,00 + IVA22%.

In ottemperanza da quanto previsto dalla L. 136/2010 riguardante l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari, si chiede di comunicare con urgenza, via fax, a firma del legale rappresentante (con allegata fotocopia di un documento di riconoscimento) il numero di conto corrente dedicato per il presente affidamento, nonché le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso.

Si invita codesta Spett.le Ditta a rinviare la presente nota stesso mezzo, debitamente firmata per accettazione.

DITTA ITEMOXYGEN S.R.L.

itemoxygen S.r.l.
 Via Le Fogge, 11 - Zona Artigianale
 79022 CALANDELLA (BR) ITALIA
 Tel. / Fax +39.080.743847
 Partita IVA: 08068560728

Il Direttore HTA
 Ing. Vincenzo LO MELE





AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Sede Legale: Via Renato Paolini, 45 - 65124 Pescara - P. IVA 01397530682 - www.asl.pe.it

AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA

UOC INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N. 1322

DEL 21/04/2023

OGGETTO: APPROVAZIONE PREVENTIVO E AFFIDAMENTO PER LA FORNITURA DI N.5 TRAVI TESTALETTO DA INSTALLARE PRESSO LA U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA AREA PEDIATRICA DEL P.O. DI PESCARA AI SENSI DELL'ART. 1 CO. 2 LETT. A) DEL D.L. N. 76/2020 – CIG Z953ACD12B;

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

OGGETTO: APPROVAZIONE PREVENTIVO E AFFIDAMENTO PER LA FORNITURA DI N.5 TRAVI TESTALETTO DA INSTALLARE PRESSO LA U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA AREA PEDIATRICA DEL P.O. DI PESCARA AI SENSI DELL'ART. 1 CO. 2 LETT. A) DEL D.L. N. 76/2020 – CIG Z953ACD12B;

Nella sede dell'Azienda A.S.L. di Pescara, il Dott. Ing. Vincenzo Lo Mele Direttore UOC Ingegneria Clinica- HTA dell'ASL di Pescara, nominato con deliberazioni del Direttore Generale n.850 del 02.08.2018 e n. 858 del 06.08.2018, nell'esercizio delle funzioni ad essa delegate, ha adottato la seguente determinazione dirigenziale:

PREMESSO che il servizio di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali è di competenza dell'U.O.C. Ingegneria Clinica – HTA (DDG n°602/2019);

DATO ATTO che tale Servizio in uso nelle Strutture Sanitarie e nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda ASL di Pescara è affidato alla ditta RTI Siemens Healthcare/Marifarma Fm/H.C. Hospital Consulting - Contratto Rep. n. 566 del 20/06/2019;

VISTA la richiesta a mezzo mail in data 19/01/2023 da parte del Dott. E.D.S. coordinatore infermieristico SUEM 118- Pronto Soccorso del P.O. di Pescara e considerata la necessità di ampliare l'area pediatrica insistente all'interno della U.O.C. Medicina e Chirurgia d'urgenza del P.O. di Pescara si rende pertanto necessario l'acquisto di n. 5 Travi Testaletto;

CONSIDERATA l'opportunità di contattare direttamente la ditta Item Oxygen s.r.l. essendo la stessa, che in fase di realizzazione del Nuovo Pronto Soccorso del P.O. di Pescara ha effettuato sia la fornitura che la posa in opera;

RICEVUTO il preventivo n. PV1655/0-3220/23 del 29/03/2023 per un importo pari ad €6.452,00+ IVA22%, concedendo in seguito uno sconto pari al 5% presentando nuovo preventivo n. PV1655/01-3220/23 in data 06/04/2023 per l'importo pari ad € 6.000,00+ IVA22%;

VALUTATA la necessità dunque di procedere all'affidamento dell'intervento in argomento alla ditta Item Oxygen s.r.l., per l'importo scontato pari ad € 6.000,00+ IVA 22%, approvato dal Direttore U.O.C., Ingegneria Clinica – HTA Ing. Vincenzo Lo Mele, ai sensi dell'art. 1 co. 2 lett. a) del D.L. n. 76/2020;

PRESO ATTO che la Ditta affidataria provvederà ad emettere quanto previsto dalla L.136/2010 circa l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari, contemporaneamente all'accettazione dell'affidamento;

IL DIRETTORE UOC INGEGNERIA CLINICA H.T.A

VISTO il D. Lgs 50/2016 e s.m.i.;

VISTO il D.L. n. 76/2020 e s.m.i.;

VISTA la delibera n. 705 del 28.06.2012 avente per oggetto "Approvazione del Regolamento Aziendale per la disciplina dei procedimenti di adozione delle Deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dei Dirigenti immediatamente esecutive;

VISTO l'Atto Aziendale redatto ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1 bis del D. Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 modificativo del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i. approvato con delibera del Direttore Generale di questa Azienda n. 220 del 02/03/2018;

PRESO ATTO dell'attività istruttoria espletata dal responsabile del procedimento, dott. ssa Chiara Di Paolo ai sensi dell'art. 5 della legge 241/90;

DETERMINA

1. **DI CONSIDERARE** le premesse quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. **DI PRENDERE ATTO** della necessità di eseguire la fornitura di n.5 travi testaleto da installare presso la U.O.C .Medicina e Chirurgia d'Urgenza area Pediatrica del P.O. di Pescara;
3. **DI APPROVARE** il preventivo n. PV1655/01-3220/23 in data 06/04/2023 per l'importo scontato pari ad € 6.000,00+ IVA22% presentato dalla ditta Item Oxygen s.r.l approvato dal Direttore dell'Ingegneria Clinica HTA Ing. Vincenzo Lo Mele;
4. **DI AFFIDARE** l'intervento alla ditta Item Oxygen s.r.l - ai sensi dell'art. 1 co. 2 lett. a) del D.L.n. 76/2020 al prezzo scontato di € 6.000,00 + IVA22%;
5. **DI DARE ATTO** che la somma complessiva di €7.320,00 IVA compresa relativa al Servizio in argomento va registrata in contabilità Economico Patrimoniale del Bilancio 2023 come segue alla voce di conto 01.01.02.05.02;
6. **DI PUBBLICARE** il presente atto sul sito www.asl.pe.it link "Amministrazione trasparente" - settore 11 - bandi di gara e contratti- ai sensi e per gli effetti art. 37 co2, D.Lgs. n. 33/2013;
7. **DI DARE ATTO** che la documentazione completa relativa all'affidamento in argomento, i cui estremi sono citati in premessa, è custodita agli atti degli Uffici dell'Ingegneria Clinica – HTA dell'Azienda USL di Pescara;
8. **DI CONFERIRE** al presente atto la clausola dell'immediata esecutività.

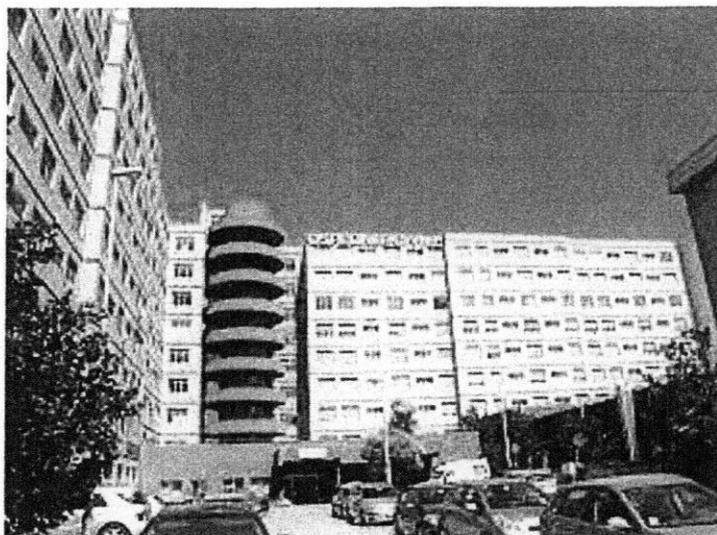
UOC INGEGNERIA CLINICA

L'Istruttore	Il Direttore
Chiara Di Paolo	Vincenzo Lo Mele
	firmato digitalmente

Voce di conto: 01.01.02.05.02 Anno : 2023

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 21/04/2023 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.



FASCICOLO COLLAUDO

Commessa:

3220

Cliente:

Azienda Sanitaria Locale di Pescara

Oggetto:

ESTENSIONE RETE GAS MEDICALI PER
IL COLLEGAMENTO DI NUOVI
TESTALETTO c/o NUOVO PRONTO
SOCCORSO OSPEDALE DELLO SPIRITO
SANTO – PESCARA

Descrizione:

ESTENSIONE RETE DI DISTRIBUZIONE
GAS MEDICALE E VUOTO c/o NUOVO
PRONTO SOCCORSO OSPEDALE
DELLO SPIRITO SANTO – PESCARA

Dichiarazione di Conformità



La scrivente ITEM Oxygen s.r.l., con sede amministrativa in Via Le Fogge n.11 - 70022 Altamura (BA) Italia -
C.F. e P. IVA 06068560728,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di aver costruito:

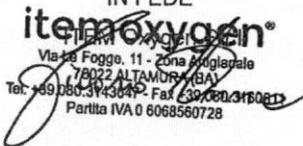
Identificazione del Dispositivo Medico cui la presente dichiarazione si riferisce:

Tipologia:	Travi Testaletto
Modello:	TDS - N270
Numero Lotto:	2023-06
Numero di matricola:	SN: 30125265715-30126265702-30126265712- 209202529412- 33833274661-30125265711
Anno di fabbricazione:	2023

inoltre dichiara sotto la propria responsabilità:

- che la produzione della Trave Testaletto "N270" soddisfa le disposizioni applicabili della Direttiva 93/42/CEE secondo l'Allegato II.
- che la Trave Testaletto "N270" avrà una vita stimata pari ad anni 10, che il fascicolo tecnico del dispositivo in oggetto viene conservato e tenuto a disposizione delle autorità preposte per un tempo pari alla vita del dispositivo stesso.
- che le travi Testaletto in oggetto sono da considerarsi appartenente alla Classe II b;
- che la Trave "N270" viene immessa sul mercato in ottemperanza al D.Lgs 46/97 e s.m.i. di recepimento della Direttiva sul territorio nazionale.
- che ICIM (Piazza Diaz, 2 20123 Milano – Ente notificato n° 0425 ha certificato il nostro Sistema gestione e garanzia qualità conforme alle norme:
 - UNI EN ISO 9001:2015 con certificato n. 4491/3 del 14/01/2019;
 - UNI EN ISO 13485:2016 con certificato n. 4492/3 del 22/01/2019;
 - requisiti della Dir. 93/42/CEE, all.to II attuata con D.lgs. 46 del 24/02/97 con certificato n. 0425 – MED – 001590 - 02 del 25/05/2021;

Data di emissione / Issue date: 12 / 07 / 2023

IN FEDE

itemoxygen®
Via Le Fogge, 11 - Zona Industriale
70022 ALTAMURA (BA)
Tel: +39 080 3143647 Fax: +39 080 3160611
Partita IVA 0 6068560728

Item Oxygen s.r.l. Via Le Fogge, 11 - 70022 Altamura (BA) Italy
p.iva/c.f. 06068560728 Tel +39 080 3143647 fax +39 080 3160611
info@itemoxygen.com – item.oxygen@legalmail.it
www.itemoxygen.com



itemoxygen

Item Oxygen s.r.l. Via Le Fogge, 11 - 70022 Altamura (BA) - Italy
 p.iva/c.f. 06068560728 - Tel +39 0803143647 - Fax +39 0803160611
 info@itemoxygen.com - item.oxygen@legalmail.it
 www.itemoxygen.com



LUOGO DI DESTINAZIONE Commissa 3220		SPETT.LE AZIENDA U.S.L. PESCARA Via Paolini, 47 65124 PESCARA PE CIG: CUP:		Codice Univoco: 5RU082D	
DOCUMENTO BOLLA DI SCARICO	N. DOCUMENTO 308 / 2023	DATA DOCUMENTO 30/10/2023	COD. CLIENTE 501.00290	PARTITA IVA IT01397530682	PAG. 1
CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE ARTICOLO				U.M. QUANTITA'
/00258	Trave testaleto N270				pz 6,00
IMP13	predisposizione 4 gas Barra din				pz 6,00
ASPETTO ESTERIORE DEI BENI	COLLI	TRASPORTO A CURA DEL	PORTO	PESO	DATA E ORA INIZIO TRASPORTO
					27/10/23 17:41
CAUSALE DI TRASPORTO	NOTE	VETTORE		TELEFONO CLIENTE	
		Scr Albo N			
FIRMA VETTORE	FIRMA CONDUCENTE	FIRMA DESTINATARIO			

ITEM OXYGEN s.r.l. ha adottato un proprio codice etico ed un modello di organizzazione, gestione e controllo, in conformità ai principi ed alle linee guida previste dal Decreto Legislativo 231/2001. Il Cliente/Fornitore si impegna a rispettare i principi e le norme di comportamento contenute nel Modello Organizzativo Gestionale ex D. Lgs. 231/2001 e nel Codice Etico disponibili sul sito www.itemoxygen.com

ITEM OXYGEN s.r.l., in qualità di Titolare del trattamento, dei Suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia di privacy D.Lgs 196/2003 modificato ex D.Lgs. 101/2018 e Regolamento (UE) 2016/679, La informa che i dati personali da Lei forniti saranno trattati nel totale rispetto delle finalità, modalità e dei tempi previsti dagli obblighi legislativi o contrattuali. I dati inoltre non saranno in alcun modo oggetto di diffusione. Per maggiori informazioni La invitiamo a richiedere e prendere visione dell'informativa estesa disponibile sul sito www.itemoxygen.com.

ITEM OXYGEN s.r.l., in applicazione della Legge 5 novembre 2021 n. 162, in vigore dal 3 dicembre 2021 e del Codice delle Pari Opportunità (D.lgs. 198/2006), si è dotata di una Politica aziendale per la Parità di Genere e l'Inclusione (disponibile sul sito www.itemoxygen.com) al fine di valorizzare la pluralità in azienda ed ottenere un luogo di lavoro sempre più accogliente, attento a ciascun individuo e aperto alle diversità, deliberando un Piano Strategico per la Promozione delle Pari Opportunità di Genere, che si pone l'obiettivo di apportare un cambiamento culturale e strutturale all'interno dell'azienda, contrastando gli stereotipi di genere ed incoraggiando la partecipazione femminile al management aziendale.



INFORMAZIONI GENERALI

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30126265712	

1. VERIFICA INSTALLAZIONE /ANCORAGGIO

1.1	Verificata perfetta planarità su parete di installazione delle Travi	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2	Controllare che tutte le viti/tasselli visibili siano stati correttamente installati	<input checked="" type="checkbox"/>
1.3	Installazione conforme a UNI – EN – ISO 7396-1 (Impianti gas medicali)	<input checked="" type="checkbox"/>

2. CONTROLLI A VISTA/ASPETTO ESTERIORE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
2.1	Verificare che tutte le coperture finali siano fissate e che non ci sia presenza di spigoli vivi, spigoli taglienti;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Etichettatura esterna e dati di targa presenti, leggibili e in buono stato;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Verifica di presenza e corretta installazione di tutti gli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4	Verifica dell'integrità degli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5	Verifica corretto funzionamento di tutti i comandi di illuminazione;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Corretto funzionamento segnalazione azionamento dei freni;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.7	Il braccio della lampada scialitica mantiene la posizione desiderata senza deriva (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.8	Verificare la funzionalità del manipolo della lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.9	Verifica accensione/spegnimento lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

NS. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30126265712	

3. CONTROLLO RETE GAS MEDICALE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
3.1	Controllo della Corretta identificazione delle prese gas con il nome del gas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Controllo della corretta identificazione dei colori delle prese gas;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Prova di interconnessione tra le unità terminali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Identificazione gas distribuiti (% O2): Ossigeno =100% -- aria=21%; Con Analizzatore Gas "All'3000" SN: 012297572	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Prova di Tenuta rete gas medicali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CONTROLLO ELETTRICO

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
4.1	Verifica integrità delle prese Elettriche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Presenza alimentazione elettrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Verifica del corretto collegamento di terra	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NS. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30126265712	

ESITO COLLAUDO : SUPERATO FALLITO

DATA ESECUZIONE

15/11/2023

TIMBRO e FIRMA
(Cliente)

U.O.C.

IL DIRETTORE

Ing. Clinica HTA

Dr. Ing. Vincenzo LO MELE

Timbro e FIRMA
(Rapp. Item oxygen)

itemoxygen
Via Le Fogge, 11 - Zona Artigianale
70022 ALTAMURA (BA)
Tel. +39.080.6143647 Fax +39.080.3160611
Partita IVA 040063560728

NOTE:

INFORMAZIONI GENERALI

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30126265702	

1. VERIFICA INSTALLAZIONE /ANCORAGGIO

1.1	Verificata perfetta planarità su parete di installazione delle Travi	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2	Controllare che tutte le viti/tasselli visibili siano stati correttamente installati	<input checked="" type="checkbox"/>
1.3	Installazione conforme a UNI – EN – ISO 7396-1 (Impianti gas medicali)	<input checked="" type="checkbox"/>

2. CONTROLLI A VISTA/ASPETTO ESTERIORE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
2.1	Verificare che tutte le coperture finali siano fissate e che non ci sia presenza di spigoli vivi, spigoli taglienti;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Etichettatura esterna e dati di targa presenti, leggibili e in buono stato;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Verifica di presenza e corretta installazione di tutti gli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4	Verifica dell'integrità degli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5	Verifica corretto funzionamento di tutti i comandi di illuminazione;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Corretto funzionamento segnalazione azionamento dei freni;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.7	Il braccio della lampada scialitica mantiene la posizione desiderata senza deriva (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.8	Verificare la funzionalità del manipolo della lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.9	Verifica accensione/spegnimento lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30126265702	

3. CONTROLLO RETE GAS MEDICALE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
3.1	Controllo della Corretta identificazione delle prese gas con il nome del gas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Controllo della corretta identificazione dei colori delle prese gas;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Prova di interconnessione tra le unità terminali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Identificazione gas distribuiti (% O2): Ossigeno =100% -- aria=21%; Con Analizzatore Gas "All 3000" SN: 012297572	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Prova di Tenuta rete gas medicali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CONTROLLO ELETTRICO

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
4.1	Verifica integrità delle prese Elettriche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Presenza alimentazione elettrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Verifica del corretto collegamento di terra	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NS. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30126265702	

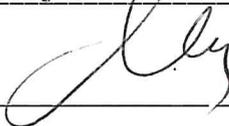
ESITO COLLAUDO : SUPERATO FALLITO

DATA ESECUZIONE

15/11/2023

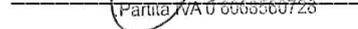
TIMBRO e FIRMA
(Cliente)

U.O.C.
IL DIRETTORE
Ing. Clinica HTA
Dr. Ing. Vincenzo LO MELE



Timbro e FIRMA
(Rapp. Item oxygen)

itemoxygen®
Via Le Fogge, 11 - Zona Artigianale
70022 ALTAMURA (BA)
Tel. +39.080.3143647 - Fax +39.080.3160611
Partita IVA 06068560728



NOTE:

INFORMAZIONI GENERALI

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30125265711	

1. VERIFICA INSTALLAZIONE /ANCORAGGIO

1.1	Verificata perfetta planarità su parete di installazione delle Travi	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2	Controllare che tutte le viti/tasselli visibili siano stati correttamente installati	<input checked="" type="checkbox"/>
1.3	Installazione conforme a UNI – EN – ISO 7396-1 (Impianti gas medicali)	<input checked="" type="checkbox"/>

2. CONTROLLI A VISTA/ASPETTO ESTERIORE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
2.1	Verificare che tutte le coperture finali siano fissate e che non ci sia presenza di spigoli vivi, spigoli taglienti;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Etichettatura esterna e dati di targa presenti, leggibili e in buono stato;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Verifica di presenza e corretta installazione di tutti gli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4	Verifica dell'integrità degli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5	Verifica corretto funzionamento di tutti i comandi di illuminazione;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Corretto funzionamento segnalazione azionamento dei freni;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.7	Il braccio della lampada scialitica mantiene la posizione desiderata senza deriva (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.8	Verificare la funzionalità del manipolo della lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.9	Verifica accensione/spegnimento lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30125265711	

3. CONTROLLO RETE GAS MEDICALE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
3.1	Controllo della Corretta identificazione delle prese gas con il nome del gas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Controllo della corretta identificazione dei colori delle prese gas;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Prova di interconnessione tra le unità terminali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Identificazione gas distribuiti (% O2): Ossigeno =100% -- aria=21%; Con Analizzatore Gas "All 3000" SN: 012297572	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Prova di Tenuta rete gas medicali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CONTROLLO ELETTRICO

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
4.1	Verifica integrità delle prese Elettriche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Presenza alimentazione elettrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Verifica del corretto collegamento di terra	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30125265711	

ESITO COLLAUDO : **SUPERATO** **FALLITO**

DATA ESECUZIONE

15/11/2023

**TIMBRO e FIRMA
(Cliente)**

U.O.C.
IL DIRETTORE
Ing. Clinica HTA
Dr. Ing. Vincenzo LO MELE

**Timbro e FIRMA
(Rapp. Item oxygen)**

itemoxygen®
Via Le Fogge, 11 - Zona Artigianale
70022 ALTAMURA (BA)
Tel. +39.080.3160611 - Fax +39.080.3160611
Partita IVA 06068560728

NOTE:

INFORMAZIONI GENERALI

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 289202529412	

1. VERIFICA INSTALLAZIONE /ANCORAGGIO

1.1	Verificata perfetta planarità su parete di installazione delle Travi	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2	Controllare che tutte le viti/tasselli visibili siano stati correttamente installati	<input checked="" type="checkbox"/>
1.3	Installazione conforme a UNI – EN – ISO 7396-1 (Impianti gas medicali)	<input checked="" type="checkbox"/>

2. CONTROLLI A VISTA/ASPETTO ESTERIORE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
2.1	Verificare che tutte le coperture finali siano fissate e che non ci sia presenza di spigoli vivi, spigoli taglienti;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Etichettatura esterna e dati di targa presenti, leggibili e in buono stato;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Verifica di presenza e corretta installazione di tutti gli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4	Verifica dell'integrità degli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5	Verifica corretto funzionamento di tutti i comandi di illuminazione;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Corretto funzionamento segnalazione azionamento dei freni;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.7	Il braccio della lampada scialitica mantiene la posizione desiderata senza deriva (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.8	Verificare la funzionalità del manipolo della lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.9	Verifica accensione/spengimento lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 289202529412	

3. CONTROLLO RETE GAS MEDICALE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
3.1	Controllo della Corretta identificazione delle prese gas con il nome del gas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Controllo della corretta identificazione dei colori delle prese gas;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Prova di interconnessione tra le unità terminali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Identificazione gas distribuiti (% O2): Ossigeno =100% -- aria=21%; Con Analizzatore Gas "All 3000" SN: 012297572	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Prova di Tenuta rete gas medicali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CONTROLLO ELETTRICO

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
4.1	Verifica integrità delle prese Elettriche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Presenza alimentazione elettrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Verifica del corretto collegamento di terra	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 289202529412	

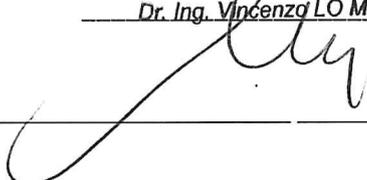
ESITO COLLAUDO : **SUPERATO** **FALLITO**

DATA ESECUZIONE

15/11/2023

TIMBRO e FIRMA
(Cliente)

U.O.C.
IL DIRETTORE
Ing. Clinica HTA
Dr. Ing. Vincenzo LO MELE



Timbro e FIRMA
(Rapp. Item oxygen)

itemoxygen®
Via Le Fogge, 11 - Zona Artigianale
70022 ALTAMURA (BA)
Tel. +39.080.3143647 - Fax +39.080.3160611
Partita IVA 0 000560723



NOTE:

INFORMAZIONI GENERALI

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30125265715	

1. VERIFICA INSTALLAZIONE /ANCORAGGIO

1.1	Verificata perfetta planarità su parete di installazione delle Travi	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2	Controllare che tutte le viti/tasselli visibili siano stati correttamente installati	<input checked="" type="checkbox"/>
1.3	Installazione conforme a UNI – EN – ISO 7396-1 (Impianti gas medicali)	<input checked="" type="checkbox"/>

2. CONTROLLI A VISTA/ASPETTO ESTERIORE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
2.1	Verificare che tutte le coperture finali siano fissate e che non ci sia presenza di spigoli vivi, spigoli taglienti;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Etichettatura esterna e dati di targa presenti, leggibili e in buono stato;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Verifica di presenza e corretta installazione di tutti gli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4	Verifica dell'integrità degli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5	Verifica corretto funzionamento di tutti i comandi di illuminazione;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Corretto funzionamento segnalazione azionamento dei freni;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.7	Il braccio della lampada scialitica mantiene la posizione desiderata senza deriva (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.8	Verificare la funzionalità del manipolo della lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.9	Verifica accensione/spegnimento lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30125265715	

3. CONTROLLO RETE GAS MEDICALE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
3.1	Controllo della Corretta identificazione delle prese gas con il nome del gas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Controllo della corretta identificazione dei colori delle prese gas;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Prova di interconnessione tra le unità terminali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Identificazione gas distribuiti (% O2): Ossigeno =100% -- aria=21%; Con Analizzatore Gas "All 3000" SN: 012297572	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Prova di Tenuta rete gas medicali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CONTROLLO ELETTRICO

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
4.1	Verifica integrità delle prese Elettriche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Presenza alimentazione elettrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Verifica del corretto collegamento di terra	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NS. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 30125265715	

ESITO COLLAUDO : SUPERATO FALLITO

DATA ESECUZIONE

15/11/2023

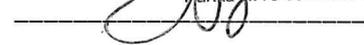
TIMBRO e FIRMA
(Cliente)

IL DIRETTORE
Ing. Clivecchia
Dr. Ing. Vincenzo LO MELE



Timbro e FIRMA
(Rapp. Item oxygen)

itemoxygen®
Via Le Fogge, 11 - Zona Artigianale
70022 ALTAMURA (BA)
Tel. +39 080 3143647 - Fax +39 080 3160611
Partita IVA 06068560728



NOTE:

INFORMAZIONI GENERALI

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 33833274661	

1. VERIFICA INSTALLAZIONE /ANCORAGGIO

1.1	Verificata perfetta planarità su parete di installazione delle Travi	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2	Controllare che tutte le viti/tasselli visibili siano stati correttamente installati	<input checked="" type="checkbox"/>
1.3	Installazione conforme a UNI – EN – ISO 7396-1 (Impianti gas medicali)	<input checked="" type="checkbox"/>

2. CONTROLLI A VISTA/ASPETTO ESTERIORE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
2.1	Verificare che tutte le coperture finali siano fissate e che non ci sia presenza di spigoli vivi, spigoli taglienti;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Etichettatura esterna e dati di targa presenti, leggibili e in buono stato;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Verifica di presenza e corretta installazione di tutti gli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4	Verifica dell'integrità degli accessori;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5	Verifica corretto funzionamento di tutti i comandi di illuminazione;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Corretto funzionamento segnalazione azionamento dei freni;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.7	Il braccio della lampada scialitica mantiene la posizione desiderata senza deriva (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.8	Verificare la funzionalità del manopolo della lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.9	Verifica accensione/spengimento lampada scialitica (se prevista);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE :	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE)	
MODELLO:	N270	
MATRICOLA S.N.	33833274661	

3. CONTROLLO RETE GAS MEDICALE

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
3.1	Controllo della Corretta identificazione delle prese gas con il nome del gas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Controllo della corretta identificazione dei colori delle prese gas;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Prova di interconnessione tra le unità terminali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Identificazione gas distribuiti (% O2): Ossigeno =100% -- aria=21%; Con Analizzatore Gas "All 3000" SN: 012297572	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Prova di Tenuta rete gas medicali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CONTROLLO ELETTRICO

	DESCRIZIONE	Superato	Fallito	N. A
4.1	Verifica integrità delle prese Elettriche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Presenza alimentazione elettrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Verifica del corretto collegamento di terra	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ns. COMMESSA:	3220	
CLIENTE:	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA	
P.O. : "OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO"	PIANO: TERRA	REPARTO: PRONTO SOCCORSO
RAPPORTO DI COLLAUDO NUM. :	3220/001	
IDENTIFICAZIONE STATIVO PENSILE : MODELLO: MATRICOLA S.N.	UNITA' TESTALETTO ORIZZONTALE (A PARETE) N270 33833274661	

ESITO COLLAUDO : **SUPERATO** **FALLITO**

DATA ESECUZIONE

15/11/2023

TIMBRO e FIRMA

(Cliente)
U.O.C.
IL DIRETTORE
Ing. Clinica HTA
Dr. Ing. Vincenzo LO MELE

Timbro e FIRMA

(Rapp. Item oxygen)
itemoxygen®
Via Le Fogge, 11 - Zona Artigianale
71022 ALTAMURA (BA)
Tel. +39.080.3143647 - Fax +39.080.3160611
Partita IVA 0.6068560728

NOTE: