SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA

Scheda di formazione del personale utilizzatore di apparecchiature biomedicali

DATI FORNITORE:

Ragione Sociale:

Indirizzo:

DATI APPARECCHIATURA:

Tipo:

Produttore:

Modello:

Matricola:

CND: CIVAB:

Numero di Repertorio:

CONTENUTI DEL CORSO (ELENCARE GLI ARGOMENTI):

ARGOMENTO	*DATA*

PARTECIPANTI AL CORSO:

NOME, COGNOME	*FIGURA PROFESSIONALE*	*FIRMA*

FORMATORI:

NOME, COGNOME	*FIGURA PROFESSIONALE*	*FIRMA*

Luogo del corso:

Data inizio corso: Data fine corso: Ore Totali: