

INTERNATIONAL POWERED ACCESS FEDERATION

Modulo IPAF di segnalazione incidente

Nome Società Membro: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ Fax No: _____

Contatto: _____ Firma: _____

Data dell'incidente: _____

Località dell'incidente: (indirizzo completo): _____

Marca, Modello and Tipo della Macchina: _____

State if hired, owned by, etc: _____

Se noleggiata, dettagli Certificato di Consegna e/o Formazione Operatore somministrata: _____

Data di costruzione della macchina: _____

Data in cui è stat eseguita l'ultima verifica periodica da un ispettore delle ASL: _____

Nome dell'ispettore che ha eseguito la verifica: _____

Nomi dell'operatore/i e datore di lavoro: _____

Indirizzo del datore di lavoro: _____

Telefono: _____ Fax No: _____

Indirizzo privato dell'operatore: _____

Tel No: _____

Nome delle persone infortunate e circostanze dell'infortunio:

Continua

Terze parti coinvolte: _____

Dettagli dei testimoni e indirizzo: _____

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INCIDENTE (con schizzi se ritenuto necessario)

(Continuare su un foglio separato se necessario)

La Tua opinione sulla causa dell'incidente:

(Continuare su un foglio separato se necessario)

Spedire il modulo completato immediatamente a:-

International Training Manager, IPAF Limited, Bridge End Business Park, Milnthorpe LA7 7RH, UK

Nota! La compilazione di quest modulo non Ti assolve in alcun modo da eventuali responsabilità legali che potresti avere in rispetto alla segnalazione di incidenti