



Allegato 2

SCHEMA TECNICA CAPPA BIOLOGICA

Struttura: _____

Edificio: _____ **Numero Stanza:** _____

Laboratorio: _____

Responsabile (referente di struttura) : _____

Tipologia dispositivo (classe di appartenenza): _____

Marca	Modello	Data installazione	Serie	N° Matricola

Presenza di filtro (HEPA): NO SI (specificare tipo) _____

Periodicità della sostituzione del filtro: _____

Presenza di prefiltro : NO SI (specificare tipo) _____

Periodicità della sostituzione del prefiltro: _____

Libretto di manutenzione/ istruzione: presente assente

Dichiarazione di conformità: conforme non conforme

DATA DI INSTALLAZIONE E COLLAUDO

Ditta: _____ **Data:** _____

Prove di funzionamento: conforme non conforme

Data _____ Firma del Responsabile (firma leggibile) _____