

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Viale Amendola n.2 – 40026 Imola (BO)

Dipartimento Amministrativo e Tecnico

U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Piazzale Giovanni delle Bande Nere 11 – 40026 Imola (BO)

PROGETTO	M/02/2015
GARA	N. 25/2015

**“Lavori di manutenzione agli impianti elettrici ed elettronici
degli immobili dell’Azienda USL di Imola”**

SCHEDE MANUTENZIONE CABINE

Responsabile del Procedimento: Ing. Francesco Ferrari

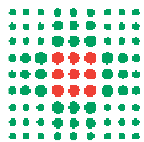
Coordinatore della Sicurezza: Geom. Mario Castaldi

Incaricati alla progettazione: Per. Ind. Valentino Arcolani, Per. Ind. Paolo Drei

Direttore dei lavori: Per. Ind. Valentino Arcolani - **Assistente lavori:** Per. Ind. Paolo Drei

OGGETTO DELL'ELABORATO	Codice Prog.
SCHEDE MANUTENZIONE CABINE	M/05/15
	Numero Documento:
	E.1.5
POSIZ. ARCHIVIO: \\Srvsto\uoptisrv\ARCHIVIO_UOPTI_SERVER\01_progetti-attività\2015\m0215_man elettrica_2015- 17\Prog.esecutivo\SCHEDE_MANUTENZIONE\cop_SCHEDE.doc	

Il presente elaborato è composto di n. 46 pagine (copertina esclusa)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

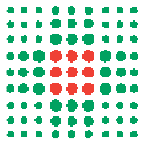
Cabina: CB

SCHEDA F: esame del fabbricato

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Muri e tetto relativi alla cabina - Verifiche e interventi: integrità dei muri, degli intonaci e del tetto, infiltrazioni di acqua, umidità	1 anno		P	N	NE	
2	Interno della cabina - Verifiche e interventi: integrità, pulizia, ingombri	1 anno		P	N	NE	
3	Porte, finestre, botole, cunicoli - Verifiche e interventi: funzionalità	1 anno		P	N	NE	
4	Condizioni climatiche/ambientali in cabina - Verifiche e interventi: temperatura, umidità	1 anno		P	N	NE	
5	Segnali di avvertimento e pericolo - Verifiche e interventi: fissaggio, intelleggibilità, completezza dei Cartelli	1 anno		P	N	NE	
6	Indicazioni primo soccorso e schemi elettrici - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
7	Impianti di illuminazione ordinaria e di sicurezza - Verifiche e interventi: efficienza	1 anno		P	N	NE	
8	Indicazioni di eventuali uscite di emergenza - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
9	Conduttori e collegamenti di protezione - Verifiche e interventi: integrità, ossidazioni controllo serraggio bulloni	1 anno		P	N	NE	
10	Sistemi di prevenzione ed emergenza - Verifiche e interventi: controllo, se esistenti	1 anno		P	N	NE	
11	Barriere tagliafiamma - Verifiche e interventi: controllo	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

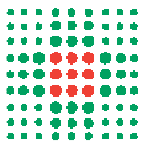
Cabina: CB

SCHEDA L: esame del trasformatore 1 (olio)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa e tipo di liquido isolante	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: controllo rigidità dielettrica	5 annl		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza dispositivi contro la dispersione liquido	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo livello liquido isolante	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo stato dei Sali essicatore aria	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: pulizia isolatori e controllo stato di conservazione	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: verifica intervento relé buchholz	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo indicatore temperatura, se presente	1 anno		P	N	NE	
9	Verifiche e interventi: controllo posizione aste spinterometriche	1 anno		P	N	NE	
10	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 annl		P	N	NE	
11	Verifiche e interventi: pulizia, controllo radiatori, controllo serraggio bulloneria	1 anno		P	N	NE	
12	Verifiche e interventi: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

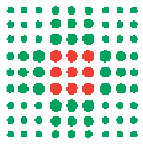
Cabina: CB

SCHEDA L: esame del trasformatore 2 (olio)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa e tipo di liquido isolante	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: controllo rigidità dielettrica	5 annl		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza dispositivi contro la dispersione liquido	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo livello liquido isolante	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo stato dei Sali essicatore aria	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: pulizia isolatori e controllo stato di conservazione	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: verifica intervento relé buchholz	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo indicatore temperatura, se presente	1 anno		P	N	NE	
9	Verifiche e interventi: controllo posizione aste spinterometriche	1 anno		P	N	NE	
10	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 annl		P	N	NE	
11	Verifiche e interventi: pulizia, controllo radiatori, controllo serraggio bulloneria	1 anno		P	N	NE	
12	Verifiche e interventi: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

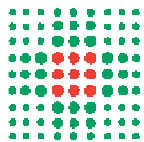
Cabina: CB

SCHEDA QMT: esame del quadro MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QMT - Verifiche e interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QMT - Verifiche e interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QMT - Verifiche e interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QMT - Verifiche e interventi: controllo serraggio della bulloneria	1 anno		P	N	NE	
5	QMT - Verifiche e interventi: controllo aperture per passaggio cavi e tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QMT - Verifiche e interventi: pulizia cinematismi, lubrificazione	1 anno		P	N	NE	
7	QMT - Verifiche e interventi: controllo blocchi e Interblocchi	1 anno		P	N	NE	
8	QMT - Verifiche e interventi: pulizia e serraggio Morsettiere	1 anno		P	N	NE	
9	QMT - Verifiche e interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
10	QMT - Verifiche e interventi: controllo illuminazione interna, resistenza anticondensa, segnalatori	1 anno		P	N	NE	
11	QMT - Verifiche e interventi: intelleggibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
12	QMT - Verifiche e interventi: funzionabilità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	
13	QMT - Verifiche e interventi: funzionalità degli otturatori	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

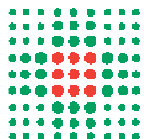
Cabina: CB

SCHEDA S: sez. e sez. sotto carico MT, fusibili MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Fusibili MT - Verifiche e operazioni: fissaggio e dispositivo di sgancio dei fusibili e rispondenza della taglia all'ultimo progetto	1 anno		P	N	NE	
2	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: esame a vista delle parti attive e pulizia	1 anno		P	N	NE	
3	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo dell'integrità delle parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
4	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo e regolazione delle trasmissioni	1 anno		P	N	NE	
5	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo generale e condizioni di installazione	1 anno		P	N	NE	
6	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: pulizia di tutte le parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
7	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: pulizia e lubrificazione di tutti i meccanismi	1 anno		P	N	NE	
8	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo distanze dei contatti	1 anno		P	N	NE	
9	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo stato di usura dei contatti	1 anno		P	N	NE	
10	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: funzionalità dei blocchi e interblocchi elettrici e meccanici e manovre relative	1 anno		P	N	NE	
11	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: ingrassaggio contatti fissi e mobili con esclusione di quelli d'arco	1 anno		P	N	NE	
12	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: inserzione delle lame di contatto IMS e ST	1 anno		P	N	NE	
13	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

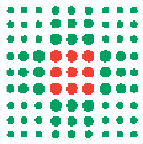
Cabina: CB

SCHEDA IVOR: interruttore a volume d'olio ridotto

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	IVOR - Verifiche e interventi: controllo generale e condizioni di installazione	1 anno		P	N	NE	
2	IVOR - Verifiche e interventi: controllo integrità parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
3	IVOR - Verifiche e interventi: pulizia di tutte le parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
4	IVOR - Verifiche e interventi: prelievo olio per verifica caratteristiche e rigidità dielettrica ,se necessario	5 annl		P	N	NE	
5	IVOR - Verifiche e interventi: controllo usura e dei contatti principali e camere di interruzione	5 annl		P	N	NE	
6	IVOR - Verifiche e interventi: pulizia e lubrificazione dei meccanismi di comando	1 anno		P	N	NE	
7	IVOR - Verifiche e interventi: regolazione del meccanismo di comando, se necessario	1 anno		P	N	NE	
8	IVOR - Verifiche e interventi: verifica tensioni ausiliarie e funzionamento (bobina apertura, bobina chiusura, motore, ecc.)	1 anno		P	N	NE	
9	IVOR - Verifiche e interventi: funzionalità relé diretto	1 anno		P	N	NE	
10	IVOR - Verifiche e interventi: verifica tempi di apertura e chiusura, ad esempio con oscilloscopio	5 annl		P	N	NE	
11	IVOR - Verifiche e interventi: controllo codoli fissi ingresso e uscita	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

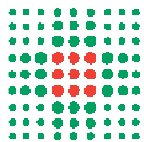
Cabina: CB

SCHEDA QBT: esame quadro BT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QBT - verifiche/interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QBT - verifiche/interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QBT - verifiche/interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QBT - verifiche/interventi: controllo serraggio della bulloneria meccanica	1 anno		P	N	NE	
5	QBT - verifiche/interventi: controllo aperture per passaggio dei cavi e delle tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QBT - verifiche/interventi: controllo blocchi ed interblocchi se presente	1 anno		P	N	NE	
7	QBT - verifiche/interventi: pulizia e serraggio morsettiere	1 anno		P	N	NE	
8	QBT - verifiche/interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
9	QBT - verifiche/interventi: controllo illuminazione interna	1 anno		P	N	NE	
10	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo della resistenza anticondensa	1 anno		P	N	NE	
11	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo dei segnalatori presenza/assenza tensione	1 anno		P	N	NE	
12	QBT - verifiche/interventi: intellegibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
13	QBT - verifiche/interventi: funzionalità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

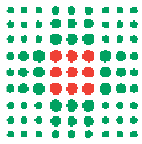
Cabina: CB

SCHEDA ACCESSORI CABINA

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifica pedana isolante 30 Kv	1 anno		P	N	NE	
2	Verifica guanti isolanti Regeltex EN 60903:2003 classe 2 IEC 60903:2002	1 anno		P	N	NE	
3	Fioretto manovre/sicurezza	1 anno		P	N	NE	
4	UPS ausiliari cabina	1 anno		P	N	NE	
5	Rifasamento fisso	1 anno		P	N	NE	
6	Casco con visiera	1 anno		P	N	NE	
7	Cartellonistica sicurezza	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

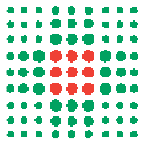
Cabina: CONSEGNA HERA

SCHEDA F: esame del fabbricato

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Muri e tetto relativi alla cabina - Verifiche e interventi: integrità dei muri, degli intonaci e del tetto, infiltrazioni di acqua, umidità	1 anno		P	N	NE	
2	Interno della cabina - Verifiche e interventi: integrità, pulizia, ingombri	1 anno		P	N	NE	
3	Porte, finestre, botole, cunicoli - Verifiche e interventi: funzionalità	1 anno		P	N	NE	
4	Condizioni climatiche/ambientali in cabina - Verifiche e interventi: temperatura, umidità	1 anno		P	N	NE	
5	Segnali di avvertimento e pericolo - Verifiche e interventi: fissaggio, intelleggibilità, completezza dei Cartelli	1 anno		P	N	NE	
6	Indicazioni primo soccorso e schemi elettrici - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
7	Impianti di illuminazione ordinaria e di sicurezza - Verifiche e interventi: efficienza	1 anno		P	N	NE	
8	Indicazioni di eventuali uscite di emergenza - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
9	Conduttori e collegamenti di protezione - Verifiche e interventi: integrità, ossidazioni controllo serraggio bulloni	1 anno		P	N	NE	
10	Sistemi di prevenzione ed emergenza - Verifiche e interventi: controllo, se esistenti	1 anno		P	N	NE	
11	Barriere tagliafiamma - Verifiche e interventi: controllo	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

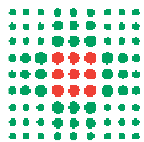
Cabina: CONSEGNA HERA

SCHEDA QMT: esame del quadro MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QMT - Verifiche e interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QMT - Verifiche e interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QMT - Verifiche e interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QMT - Verifiche e interventi: controllo serraggio della bulloneria	1 anno		P	N	NE	
5	QMT - Verifiche e interventi: controllo aperture per passaggio cavi e tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QMT - Verifiche e interventi: pulizia cinematismi, lubrificazione	1 anno		P	N	NE	
7	QMT - Verifiche e interventi: controllo blocchi e Interblocchi	1 anno		P	N	NE	
8	QMT - Verifiche e interventi: pulizia e serraggio Morsettiere	1 anno		P	N	NE	
9	QMT - Verifiche e interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
10	QMT - Verifiche e interventi: controllo illuminazione interna, resistenza anticondensa, segnalatori	1 anno		P	N	NE	
11	QMT - Verifiche e interventi: intelleggibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
12	QMT - Verifiche e interventi: funzionabilità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	
13	QMT - Verifiche e interventi: funzionalità degli otturatori	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

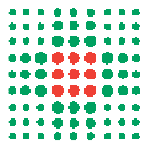
Cabina: CONSEGNA HERA

SCHEDA S: sez. e sez. sotto carico MT, fusibili MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Fusibili MT - Verifiche e operazioni: fissaggio e dispositivo di sgancio dei fusibili e rispondenza della taglia all'ultimo progetto	1 anno		P	N	NE	
2	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: esame a vista delle parti attive e pulizia	1 anno		P	N	NE	
3	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo dell'integrità delle parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
4	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo e regolazione delle trasmissioni	1 anno		P	N	NE	
5	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo generale e condizioni di installazione	1 anno		P	N	NE	
6	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: pulizia di tutte le parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
7	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: pulizia e lubrificazione di tutti i meccanismi	1 anno		P	N	NE	
8	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo distanze dei contatti	1 anno		P	N	NE	
9	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo stato di usura dei contatti	1 anno		P	N	NE	
10	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: funzionalità dei blocchi e interblocchi elettrici e meccanici e manovre relative	1 anno		P	N	NE	
11	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: ingrassaggio contatti fissi e mobili con esclusione di quelli d'arco	1 anno		P	N	NE	
12	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: inserzione delle lame di contatto IMS e ST	1 anno		P	N	NE	
13	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico

U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

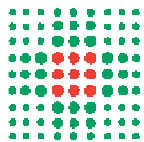
Cabina: CONSEGNA HERA

SCHEDA ACCESSORI CABINA

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifica pedana isolante 30 Kv	1 anno		P	N	NE	
2	Verifica guanti isolanti Regeltex EN 60903:2003 classe 2 IEC 60903:2002	1 anno		P	N	NE	
3	Fioretto manovre/sicurezza	1 anno		P	N	NE	
4	UPS ausiliari cabina	1 anno		P	N	NE	
5	Rifasamento fisso	1 anno		P	N	NE	
6	Casco con visiera	1 anno		P	N	NE	
7	Cartellonistica sicurezza	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: CSPT

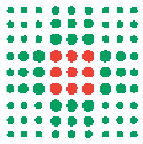
Cabina: MT/BT

SCHEDA F: esame del fabbricato

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Muri e tetto relativi alla cabina - Verifiche e interventi: integrità dei muri, degli intonaci e del tetto, infiltrazioni di acqua, umidità	1 anno		P	N	NE	
2	Interno della cabina - Verifiche e interventi: integrità, pulizia, ingombri	1 anno		P	N	NE	
3	Porte, finestre, botole, cunicoli - Verifiche e interventi: funzionalità	1 anno		P	N	NE	
4	Condizioni climatiche/ambientali in cabina - Verifiche e interventi: temperatura, umidità	1 anno		P	N	NE	
5	Segnali di avvertimento e pericolo - Verifiche e interventi: fissaggio, intelleggibilità, completezza dei Cartelli	1 anno		P	N	NE	
6	Indicazioni primo soccorso e schemi elettrici - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
7	Impianti di illuminazione ordinaria e di sicurezza - Verifiche e interventi: efficienza	1 anno		P	N	NE	
8	Indicazioni di eventuali uscite di emergenza - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
9	Conduttori e collegamenti di protezione - Verifiche e interventi: integrità, ossidazioni controllo serraggio bulloni	1 anno		P	N	NE	
10	Sistemi di prevenzione ed emergenza - Verifiche e interventi: controllo, se esistenti	1 anno		P	N	NE	
11	Barriere tagliafiamma - Verifiche e interventi: controllo	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: CSPT

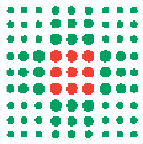
Cabina: MT/BT

SCHEDA L: esame del trasformatore 1 (olio)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa e tipo di liquido isolante	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: controllo rigidità dielettrica	5 annl		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza dispositivi contro la dispersione liquido	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo livello liquido isolante	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo stato dei Sali essicatore aria	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: pulizia isolatori e controllo stato di conservazione	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: verifica intervento relé buchholz	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo indicatore temperatura, se presente	1 anno		P	N	NE	
9	Verifiche e interventi: controllo posizione aste spinterometriche	1 anno		P	N	NE	
10	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 annl		P	N	NE	
11	Verifiche e interventi: pulizia, controllo radiatori, controllo serraggio bulloneria	1 anno		P	N	NE	
12	Verifiche e interventi: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: CSPT

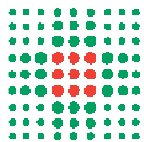
Cabina: MT/BT

SCHEDA L: esame del trasformatore 2 (olio)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa e tipo di liquido isolante	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: controllo rigidità dielettrica	5 annl		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza dispositivi contro la dispersione liquido	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo livello liquido isolante	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo stato dei Sali essicatore aria	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: pulizia isolatori e controllo stato di conservazione	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: verifica intervento relé buchholz	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo indicatore temperatura, se presente	1 anno		P	N	NE	
9	Verifiche e interventi: controllo posizione aste spinterometriche	1 anno		P	N	NE	
10	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 annl		P	N	NE	
11	Verifiche e interventi: pulizia, controllo radiatori, controllo serraggio bulloneria	1 anno		P	N	NE	
12	Verifiche e interventi: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: CSPT

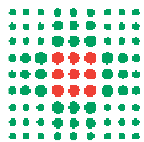
Cabina: MT/BT

SCHEDA QMT: esame del quadro MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QMT - Verifiche e interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QMT - Verifiche e interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QMT - Verifiche e interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QMT - Verifiche e interventi: controllo serraggio della bulloneria	1 anno		P	N	NE	
5	QMT - Verifiche e interventi: controllo aperture per passaggio cavi e tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QMT - Verifiche e interventi: pulizia cinematismi, lubrificazione	1 anno		P	N	NE	
7	QMT - Verifiche e interventi: controllo blocchi e Interblocchi	1 anno		P	N	NE	
8	QMT - Verifiche e interventi: pulizia e serraggio Morsettiere	1 anno		P	N	NE	
9	QMT - Verifiche e interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
10	QMT - Verifiche e interventi: controllo illuminazione interna, resistenza anticondensa, segnalatori	1 anno		P	N	NE	
11	QMT - Verifiche e interventi: intelleggibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
12	QMT - Verifiche e interventi: funzionabilità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	
13	QMT - Verifiche e interventi: funzionalità degli otturatori	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: CSPT

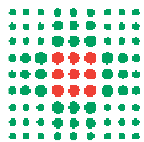
Cabina: MT/BT

SCHEDA S: sez. e sez. sotto carico MT, fusibili MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Fusibili MT - Verifiche e operazioni: fissaggio e dispositivo di sgancio dei fusibili e rispondenza della taglia all'ultimo progetto	1 anno		P	N	NE	
2	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: esame a vista delle parti attive e pulizia	1 anno		P	N	NE	
3	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo dell'integrità delle parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
4	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo e regolazione delle trasmissioni	1 anno		P	N	NE	
5	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo generale e condizioni di installazione	1 anno		P	N	NE	
6	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: pulizia di tutte le parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
7	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: pulizia e lubrificazione di tutti i meccanismi	1 anno		P	N	NE	
8	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo distanze dei contatti	1 anno		P	N	NE	
9	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo stato di usura dei contatti	1 anno		P	N	NE	
10	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: funzionalità dei blocchi e interblocchi elettrici e meccanici e manovre relative	1 anno		P	N	NE	
11	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: ingrassaggio contatti fissi e mobili con esclusione di quelli d'arco	1 anno		P	N	NE	
12	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: inserzione delle lame di contatto IMS e ST	1 anno		P	N	NE	
13	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: CSPT

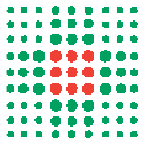
Cabina: MT/BT

SCHEDA IVOR: interruttore a volume d'olio ridotto

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	IVOR - Verifiche e interventi: controllo generale e condizioni di installazione	1 anno		P	N	NE	
2	IVOR - Verifiche e interventi: controllo integrità parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
3	IVOR - Verifiche e interventi: pulizia di tutte le parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
4	IVOR - Verifiche e interventi: prelievo olio per verifica caratteristiche e rigidità dielettrica ,se necessario	5 annl		P	N	NE	
5	IVOR - Verifiche e interventi: controllo usura e dei contatti principali e camere di interruzione	5 annl		P	N	NE	
6	IVOR - Verifiche e interventi: pulizia e lubrificazione dei meccanismi di comando	1 anno		P	N	NE	
7	IVOR - Verifiche e interventi: regolazione del meccanismo di comando, se necessario	1 anno		P	N	NE	
8	IVOR - Verifiche e interventi: verifica tensioni ausiliarie e funzionamento (bobina apertura, bobina chiusura, motore, ecc.)	1 anno		P	N	NE	
9	IVOR - Verifiche e interventi: funzionalità relé diretto	1 anno		P	N	NE	
10	IVOR - Verifiche e interventi: verifica tempi di apertura e chiusura, ad esempio con oscilloscopio	5 annl		P	N	NE	
11	IVOR - Verifiche e interventi: controllo codoli fissi ingresso e uscita	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: CSPT

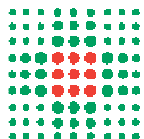
Cabina: MT/BT

SCHEDA QBT: esame quadro BT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QBT - verifiche/interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QBT - verifiche/interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QBT - verifiche/interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QBT - verifiche/interventi: controllo serraggio della bulloneria meccanica	1 anno		P	N	NE	
5	QBT - verifiche/interventi: controllo aperture per passaggio dei cavi e delle tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QBT - verifiche/interventi: controllo blocchi ed interblocchi se presente	1 anno		P	N	NE	
7	QBT - verifiche/interventi: pulizia e serraggio morsettiere	1 anno		P	N	NE	
8	QBT - verifiche/interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
9	QBT - verifiche/interventi: controllo illuminazione interna	1 anno		P	N	NE	
10	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo della resistenza anticondensa	1 anno		P	N	NE	
11	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo dei segnalatori presenza/assenza tensione	1 anno		P	N	NE	
12	QBT - verifiche/interventi: intellegibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
13	QBT - verifiche/interventi: funzionalità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico

U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: CSPT

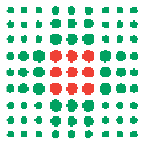
Cabina: MT/BT

SCHEDA ACCESSORI CABINA

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifica pedana isolante 30 Kv	1 anno		P	N	NE	
2	Verifica guanti isolanti Regeltex EN 60903:2003 classe 2 IEC 60903:2002	1 anno		P	N	NE	
3	Fioretto manovre/sicurezza	1 anno		P	N	NE	
4	UPS ausiliari cabina	1 anno		P	N	NE	
5	Rifasamento fisso	1 anno		P	N	NE	
6	Casco con visiera	1 anno		P	N	NE	
7	Cartellonistica sicurezza	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

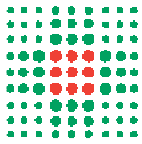
Cabina: CT

SCHEDA F: esame del fabbricato

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Muri e tetto relativi alla cabina - Verifiche e interventi: integrità dei muri, degli intonaci e del tetto, infiltrazioni di acqua, umidità	1 anno		P	N	NE	
2	Interno della cabina - Verifiche e interventi: integrità, pulizia, ingombri	1 anno		P	N	NE	
3	Porte, finestre, botole, cunicoli - Verifiche e interventi: funzionalità	1 anno		P	N	NE	
4	Condizioni climatiche/ambientali in cabina - Verifiche e interventi: temperatura, umidità	1 anno		P	N	NE	
5	Segnali di avvertimento e pericolo - Verifiche e interventi: fissaggio, intelleggibilità, completezza dei Cartelli	1 anno		P	N	NE	
6	Indicazioni primo soccorso e schemi elettrici - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
7	Impianti di illuminazione ordinaria e di sicurezza - Verifiche e interventi: efficienza	1 anno		P	N	NE	
8	Indicazioni di eventuali uscite di emergenza - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
9	Conduttori e collegamenti di protezione - Verifiche e interventi: integrità, ossidazioni controllo serraggio bulloni	1 anno		P	N	NE	
10	Sistemi di prevenzione ed emergenza - Verifiche e interventi: controllo, se esistenti	1 anno		P	N	NE	
11	Barriere tagliafiamma - Verifiche e interventi: controllo	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

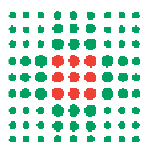
Cabina: CT

SCHEDA QMT: esame del quadro MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QMT - Verifiche e interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QMT - Verifiche e interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QMT - Verifiche e interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QMT - Verifiche e interventi: controllo serraggio della bulloneria	1 anno		P	N	NE	
5	QMT - Verifiche e interventi: controllo aperture per passaggio cavi e tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QMT - Verifiche e interventi: pulizia cinematismi, lubrificazione	1 anno		P	N	NE	
7	QMT - Verifiche e interventi: controllo blocchi e Interblocchi	1 anno		P	N	NE	
8	QMT - Verifiche e interventi: pulizia e serraggio Morsettiere	1 anno		P	N	NE	
9	QMT - Verifiche e interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
10	QMT - Verifiche e interventi: controllo illuminazione interna, resistenza anticondensa, segnalatori	1 anno		P	N	NE	
11	QMT - Verifiche e interventi: intelleggibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
12	QMT - Verifiche e interventi: funzionabilità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	
13	QMT - Verifiche e interventi: funzionalità degli otturatori	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

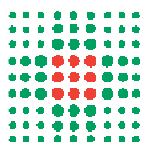
Cabina: CT

SCHEDA S: sez. e sez. sotto carico MT, fusibili MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Fusibili MT - Verifiche e operazioni: fissaggio e dispositivo di sgancio dei fusibili e rispondenza della taglia all'ultimo progetto	1 anno		P	N	NE	
2	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: esame a vista delle parti attive e pulizia	1 anno		P	N	NE	
3	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo dell'integrità delle parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
4	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo e regolazione delle trasmissioni	1 anno		P	N	NE	
5	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo generale e condizioni di installazione	1 anno		P	N	NE	
6	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: pulizia di tutte le parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
7	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: pulizia e lubrificazione di tutti i meccanismi	1 anno		P	N	NE	
8	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo distanze dei contatti	1 anno		P	N	NE	
9	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo stato di usura dei contatti	1 anno		P	N	NE	
10	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: funzionalità dei blocchi e interblocchi elettrici e meccanici e manovre relative	1 anno		P	N	NE	
11	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: ingrassaggio contatti fissi e mobili con esclusione di quelli d'arco	1 anno		P	N	NE	
12	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: inserzione delle lame di contatto IMS e ST	1 anno		P	N	NE	
13	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

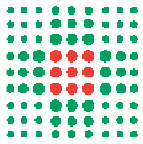
Cabina: CT

SCHEDA TR-S: esame del trasformatore 1 (aria)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: pulizia generale da polvere e sporcizia	5 anni		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza ostruzioni nei canali di raffreddamento	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria di fissaggio a pavimento	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria terminali MT/BT	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: controllo funzionamento eventuali ventilatori e centraline	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: controllo collegamenti sonde di temperatura	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 anni		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

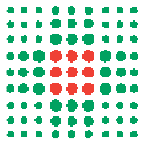
Cabina: CT

SCHEDA TR-S: esame del trasformatore 2 (aria)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: pulizia generale da polvere e sporcizia	5 anni		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza ostruzioni nei canali di raffreddamento	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria di fissaggio a pavimento	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria terminali MT/BT	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: controllo funzionamento eventuali ventilatori e centraline	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: controllo collegamenti sonde di temperatura	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 anni		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

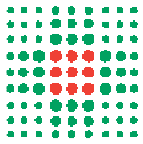
Cabina: CT

SCHEDA TR-S: esame del trasformatore 3 (resina)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: pulizia generale da polvere e sporcizia	5 anni		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza ostruzioni nei canali di raffreddamento	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria di fissaggio a pavimento	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria terminali MT/BT	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: controllo funzionamento eventuali ventilatori e centraline	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: controllo collegamenti sonde di temperatura	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 anni		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

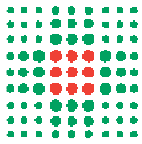
Cabina: CT

SCHEDA IVOR: interruttore a volume d'olio ridotto

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	IVOR - Verifiche e interventi: controllo generale e condizioni di installazione	1 anno		P	N	NE	
2	IVOR - Verifiche e interventi: controllo integrità parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
3	IVOR - Verifiche e interventi: pulizia di tutte le parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
4	IVOR - Verifiche e interventi: prelievo olio per verifica caratteristiche e rigidità dielettrica ,se necessario	5 annl		P	N	NE	
5	IVOR - Verifiche e interventi: controllo usura e dei contatti principali e camere di interruzione	5 annl		P	N	NE	
6	IVOR - Verifiche e interventi: pulizia e lubrificazione dei meccanismi di comando	1 anno		P	N	NE	
7	IVOR - Verifiche e interventi: regolazione del meccanismo di comando, se necessario	1 anno		P	N	NE	
8	IVOR - Verifiche e interventi: verifica tensioni ausiliarie e funzionamento (bobina apertura, bobina chiusura, motore, ecc.)	1 anno		P	N	NE	
9	IVOR - Verifiche e interventi: funzionalità relé diretto	1 anno		P	N	NE	
10	IVOR - Verifiche e interventi: verifica tempi di apertura e chiusura, ad esempio con oscilloscopio	5 annl		P	N	NE	
11	IVOR - Verifiche e interventi: controllo codoli fissi ingresso e uscita	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

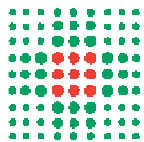
Cabina: CT

SCHEDA QBT: esame quadro BT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QBT - verifiche/interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QBT - verifiche/interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QBT - verifiche/interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QBT - verifiche/interventi: controllo serraggio della bulloneria meccanica	1 anno		P	N	NE	
5	QBT - verifiche/interventi: controllo aperture per passaggio dei cavi e delle tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QBT - verifiche/interventi: controllo blocchi ed interblocchi se presente	1 anno		P	N	NE	
7	QBT - verifiche/interventi: pulizia e serraggio morsettiere	1 anno		P	N	NE	
8	QBT - verifiche/interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
9	QBT - verifiche/interventi: controllo illuminazione interna	1 anno		P	N	NE	
10	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo della resistenza anticondensa	1 anno		P	N	NE	
11	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo dei segnalatori presenza/assenza tensione	1 anno		P	N	NE	
12	QBT - verifiche/interventi: intellegibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
13	QBT - verifiche/interventi: funzionalità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico

U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

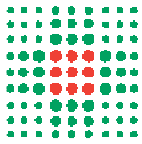
Cabina: CT

SCHEDA ACCESSORI CABINA

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifica pedana isolante 30 Kv	1 anno		P	N	NE	
2	Verifica guanti isolanti Regeltex EN 60903:2003 classe 2 IEC 60903:2002	1 anno		P	N	NE	
3	Fioretto manovre/sicurezza	1 anno		P	N	NE	
4	UPS ausiliari cabina	1 anno		P	N	NE	
5	Rifasamento fisso	1 anno		P	N	NE	
6	Casco con visiera	1 anno		P	N	NE	
7	Cartellonistica sicurezza	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

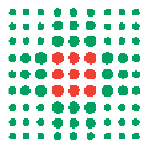
Cabina: DEA

SCHEDA F: esame del fabbricato

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Muri e tetto relativi alla cabina - Verifiche e interventi: integrità dei muri, degli intonaci e del tetto, infiltrazioni di acqua, umidità	1 anno		P	N	NE	
2	Interno della cabina - Verifiche e interventi: integrità, pulizia, ingombri	1 anno		P	N	NE	
3	Porte, finestre, botole, cunicoli - Verifiche e interventi: funzionalità	1 anno		P	N	NE	
4	Condizioni climatiche/ambientali in cabina - Verifiche e interventi: temperatura, umidità	1 anno		P	N	NE	
5	Segnali di avvertimento e pericolo - Verifiche e interventi: fissaggio, intelleggibilità, completezza dei Cartelli	1 anno		P	N	NE	
6	Indicazioni primo soccorso e schemi elettrici - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
7	Impianti di illuminazione ordinaria e di sicurezza - Verifiche e interventi: efficienza	1 anno		P	N	NE	
8	Indicazioni di eventuali uscite di emergenza - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
9	Conduttori e collegamenti di protezione - Verifiche e interventi: integrità, ossidazioni controllo serraggio bulloni	1 anno		P	N	NE	
10	Sistemi di prevenzione ed emergenza - Verifiche e interventi: controllo, se esistenti	1 anno		P	N	NE	
11	Barriere tagliafiamma - Verifiche e interventi: controllo	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

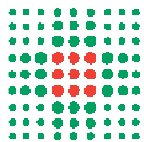
Cabina: DEA

SCHEDA QMT: esame del quadro MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QMT - Verifiche e interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QMT - Verifiche e interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QMT - Verifiche e interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QMT - Verifiche e interventi: controllo serraggio della bulloneria	1 anno		P	N	NE	
5	QMT - Verifiche e interventi: controllo aperture per passaggio cavi e tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QMT - Verifiche e interventi: pulizia cinematismi, lubrificazione	1 anno		P	N	NE	
7	QMT - Verifiche e interventi: controllo blocchi e Interblocchi	1 anno		P	N	NE	
8	QMT - Verifiche e interventi: pulizia e serraggio Morsettiere	1 anno		P	N	NE	
9	QMT - Verifiche e interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
10	QMT - Verifiche e interventi: controllo illuminazione interna, resistenza anticondensa, segnalatori	1 anno		P	N	NE	
11	QMT - Verifiche e interventi: intelleggibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
12	QMT - Verifiche e interventi: funzionabilità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	
13	QMT - Verifiche e interventi: funzionalità degli otturatori	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

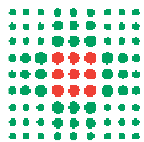
Cabina: DEA

SCHEDA S: sez. e sez. sotto carico MT, fusibili MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Fusibili MT - Verifiche e operazioni: fissaggio e dispositivo di sgancio dei fusibili e rispondenza della taglia all'ultimo progetto	1 anno		P	N	NE	
2	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: esame a vista delle parti attive e pulizia	1 anno		P	N	NE	
3	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo dell'integrità delle parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
4	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo e regolazione delle trasmissioni	1 anno		P	N	NE	
5	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo generale e condizioni di installazione	1 anno		P	N	NE	
6	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: pulizia di tutte le parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
7	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: pulizia e lubrificazione di tutti i meccanismi	1 anno		P	N	NE	
8	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo distanze dei contatti	1 anno		P	N	NE	
9	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo stato di usura dei contatti	1 anno		P	N	NE	
10	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: funzionalità dei blocchi e interblocchi elettrici e meccanici e manovre relative	1 anno		P	N	NE	
11	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: ingrassaggio contatti fissi e mobili con esclusione di quelli d'arco	1 anno		P	N	NE	
12	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: inserzione delle lame di contatto IMS e ST	1 anno		P	N	NE	
13	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

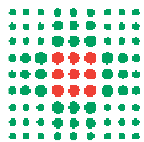
Cabina: DEA

SCHEDA TR-S: esame del trasformatore 1 (resina)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: pulizia generale da polvere e sporcizia	5 anni		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza ostruzioni nei canali di raffreddamento	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria di fissaggio a pavimento	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria terminali MT/BT	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: controllo funzionamento eventuali ventilatori e centraline	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: controllo collegamenti sonde di temperatura	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 anni		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

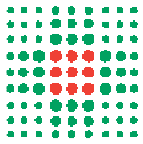
Cabina: DEA

SCHEDA TR-S: esame del trasformatore 2 (resina)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: pulizia generale da polvere e sporcizia	5 anni		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza ostruzioni nei canali di raffreddamento	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria di fissaggio a pavimento	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria terminali MT/BT	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: controllo funzionamento eventuali ventilatori e centraline	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: controllo collegamenti sonde di temperatura	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 anni		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

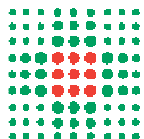
Cabina: DEA

SCHEDA QBT: esame quadro BT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QBT - verifiche/interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QBT - verifiche/interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QBT - verifiche/interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QBT - verifiche/interventi: controllo serraggio della bulloneria meccanica	1 anno		P	N	NE	
5	QBT - verifiche/interventi: controllo aperture per passaggio dei cavi e delle tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QBT - verifiche/interventi: controllo blocchi ed interblocchi se presente	1 anno		P	N	NE	
7	QBT - verifiche/interventi: pulizia e serraggio morsettiere	1 anno		P	N	NE	
8	QBT - verifiche/interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
9	QBT - verifiche/interventi: controllo illuminazione interna	1 anno		P	N	NE	
10	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo della resistenza anticondensa	1 anno		P	N	NE	
11	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo dei segnalatori presenza/assenza tensione	1 anno		P	N	NE	
12	QBT - verifiche/interventi: intellegibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
13	QBT - verifiche/interventi: funzionalità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico

U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: OCN

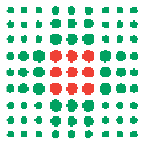
Cabina: DEA

SCHEDA ACCESSORI CABINA

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifica pedana isolante 30 Kv	1 anno		P	N	NE	
2	Verifica guanti isolanti Regeltex EN 60903:2003 classe 2 IEC 60903:2002	1 anno		P	N	NE	
3	Fioretto manovre/sicurezza	1 anno		P	N	NE	
4	UPS ausiliari cabina	1 anno		P	N	NE	
5	Rifasamento fisso	1 anno		P	N	NE	
6	Casco con visiera	1 anno		P	N	NE	
7	Cartellonistica sicurezza	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____

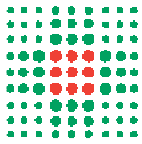


SCHEDA QBT: esame quadro BT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QBT - verifiche/interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QBT - verifiche/interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QBT - verifiche/interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QBT - verifiche/interventi: controllo serraggio della bulloneria meccanica	1 anno		P	N	NE	
5	QBT - verifiche/interventi: controllo aperture per passaggio dei cavi e delle tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QBT - verifiche/interventi: controllo blocchi ed interblocchi se presente	1 anno		P	N	NE	
7	QBT - verifiche/interventi: pulizia e serraggio morsettiere	1 anno		P	N	NE	
8	QBT - verifiche/interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
9	QBT - verifiche/interventi: controllo illuminazione interna	1 anno		P	N	NE	
10	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo della resistenza anticondensa	1 anno		P	N	NE	
11	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo dei segnalatori presenza/assenza tensione	1 anno		P	N	NE	
12	QBT - verifiche/interventi: intellegibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
13	QBT - verifiche/interventi: funzionalità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____

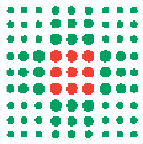


SCHEDA QBT: esame quadro BT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QBT - verifiche/interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QBT - verifiche/interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QBT - verifiche/interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QBT - verifiche/interventi: controllo serraggio della bulloneria meccanica	1 anno		P	N	NE	
5	QBT - verifiche/interventi: controllo aperture per passaggio dei cavi e delle tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QBT - verifiche/interventi: controllo blocchi ed interblocchi se presente	1 anno		P	N	NE	
7	QBT - verifiche/interventi: pulizia e serraggio morsettiere	1 anno		P	N	NE	
8	QBT - verifiche/interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
9	QBT - verifiche/interventi: controllo illuminazione interna	1 anno		P	N	NE	
10	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo della resistenza anticondensa	1 anno		P	N	NE	
11	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo dei segnalatori presenza/assenza tensione	1 anno		P	N	NE	
12	QBT - verifiche/interventi: intellegibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
13	QBT - verifiche/interventi: funzionalità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: PLESSO OCV/LOLLI

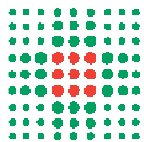
Cabina: C

SCHEDA QBT: esame quadro BT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QBT - verifiche/interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QBT - verifiche/interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QBT - verifiche/interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QBT - verifiche/interventi: controllo serraggio della bulloneria meccanica	1 anno		P	N	NE	
5	QBT - verifiche/interventi: controllo aperture per passaggio dei cavi e delle tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QBT - verifiche/interventi: controllo blocchi ed interblocchi se presente	1 anno		P	N	NE	
7	QBT - verifiche/interventi: pulizia e serraggio morsettiere	1 anno		P	N	NE	
8	QBT - verifiche/interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
9	QBT - verifiche/interventi: controllo illuminazione interna	1 anno		P	N	NE	
10	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo della resistenza anticondensa	1 anno		P	N	NE	
11	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo dei segnalatori presenza/assenza tensione	1 anno		P	N	NE	
12	QBT - verifiche/interventi: intellegibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
13	QBT - verifiche/interventi: funzionalità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: POLO SANITARIO MEDICINA

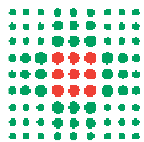
Cabina: MT/BT

SCHEDA F: esame del fabbricato

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Muri e tetto relativi alla cabina - Verifiche e interventi: integrità dei muri, degli intonaci e del tetto, infiltrazioni di acqua, umidità	1 anno		P	N	NE	
2	Interno della cabina - Verifiche e interventi: integrità, pulizia, ingombri	1 anno		P	N	NE	
3	Porte, finestre, botole, cunicoli - Verifiche e interventi: funzionalità	1 anno		P	N	NE	
4	Condizioni climatiche/ambientali in cabina - Verifiche e interventi: temperatura, umidità	1 anno		P	N	NE	
5	Segnali di avvertimento e pericolo - Verifiche e interventi: fissaggio, intelleggibilità, completezza dei Cartelli	1 anno		P	N	NE	
6	Indicazioni primo soccorso e schemi elettrici - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
7	Impianti di illuminazione ordinaria e di sicurezza - Verifiche e interventi: efficienza	1 anno		P	N	NE	
8	Indicazioni di eventuali uscite di emergenza - Verifiche e interventi: intelleggibilità	1 anno		P	N	NE	
9	Conduttori e collegamenti di protezione - Verifiche e interventi: integrità, ossidazioni controllo serraggio bulloni	1 anno		P	N	NE	
10	Sistemi di prevenzione ed emergenza - Verifiche e interventi: controllo, se esistenti	1 anno		P	N	NE	
11	Barriere tagliafiamma - Verifiche e interventi: controllo	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: POLO SANITARIO MEDICINA

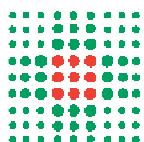
Cabina: MT/BT

SCHEDA QMT: esame del quadro MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QMT - Verifiche e interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QMT - Verifiche e interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QMT - Verifiche e interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QMT - Verifiche e interventi: controllo serraggio della bulloneria	1 anno		P	N	NE	
5	QMT - Verifiche e interventi: controllo aperture per passaggio cavi e tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QMT - Verifiche e interventi: pulizia cinematismi, lubrificazione	1 anno		P	N	NE	
7	QMT - Verifiche e interventi: controllo blocchi e Interblocchi	1 anno		P	N	NE	
8	QMT - Verifiche e interventi: pulizia e serraggio Morsettiere	1 anno		P	N	NE	
9	QMT - Verifiche e interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
10	QMT - Verifiche e interventi: controllo illuminazione interna, resistenza anticondensa, segnalatori	1 anno		P	N	NE	
11	QMT - Verifiche e interventi: intelleggibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
12	QMT - Verifiche e interventi: funzionabilità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	
13	QMT - Verifiche e interventi: funzionalità degli otturatori	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: POLO SANITARIO MEDICINA

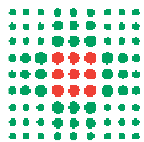
Cabina: MT/BT

SCHEDA S: sez. e sez. sotto carico MT, fusibili MT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Fusibili MT - Verifiche e operazioni: fissaggio e dispositivo di sgancio dei fusibili e rispondenza della taglia all'ultimo progetto	1 anno		P	N	NE	
2	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: esame a vista delle parti attive e pulizia	1 anno		P	N	NE	
3	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo dell'integrità delle parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
4	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo e regolazione delle trasmissioni	1 anno		P	N	NE	
5	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo generale e condizioni di installazione	1 anno		P	N	NE	
6	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: pulizia di tutte le parti isolanti	1 anno		P	N	NE	
7	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: pulizia e lubrificazione di tutti i meccanismi	1 anno		P	N	NE	
8	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo distanze dei contatti	1 anno		P	N	NE	
9	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: controllo stato di usura dei contatti	1 anno		P	N	NE	
10	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: funzionalità dei blocchi e interblocchi elettrici e meccanici e manovre relative	1 anno		P	N	NE	
11	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: ingrassaggio contatti fissi e mobili con esclusione di quelli d'arco	1 anno		P	N	NE	
12	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Verifiche e operazioni: inserzione delle lame di contatto IMS e ST	1 anno		P	N	NE	
13	Sezionatore - Sezionatore sotto carico - Fusibili MT - Verifiche e operazioni: controllo serraggio delle connessioni	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: POLO SANITARIO MEDICINA

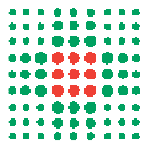
Cabina: MT/BT

SCHEDA TR-S: esame del trasformatore 1 (resina)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: pulizia generale da polvere e sporcizia	5 anni		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza ostruzioni nei canali di raffreddamento	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria di fissaggio a pavimento	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria terminali MT/BT	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: controllo funzionamento eventuali ventilatori e centraline	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: controllo collegamenti sonde di temperatura	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 anni		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: POLO SANITARIO MEDICINA

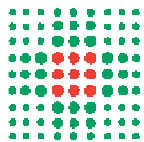
Cabina: MT/BT

SCHEDA TR-S: esame del trasformatore 2 (resina)

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifiche e interventi: controllo dati di targa	1 anno		P	N	NE	
2	Verifiche e interventi: pulizia generale da polvere e sporcizia	5 anni		P	N	NE	
3	Verifiche e interventi: controllo presenza ostruzioni nei canali di raffreddamento	1 anno		P	N	NE	
4	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria di fissaggio a pavimento	1 anno		P	N	NE	
5	Verifiche e interventi: controllo serraggio bulloneria terminali MT/BT	1 anno		P	N	NE	
6	Verifiche e interventi: controllo funzionamento eventuali ventilatori e centraline	1 anno		P	N	NE	
7	Verifiche e interventi: controllo collegamenti sonde di temperatura	1 anno		P	N	NE	
8	Verifiche e interventi: controllo stato dei dispositivi meccanici per movimentazione TR	5 anni		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

Ospedale: POLO SANITARIO MEDICINA

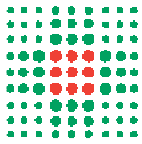
Cabina: MT/BT

SCHEDA QBT: esame quadro BT

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	QBT - verifiche/interventi: esame a vista dello stato dell'intera struttura metallica	1 anno		P	N	NE	
2	QBT - verifiche/interventi: presenza di corpi estranei all'interno del quadro	1 anno		P	N	NE	
3	QBT - verifiche/interventi: pulizia parti isolanti e parti attive	1 anno		P	N	NE	
4	QBT - verifiche/interventi: controllo serraggio della bulloneria meccanica	1 anno		P	N	NE	
5	QBT - verifiche/interventi: controllo aperture per passaggio dei cavi e delle tamponature	1 anno		P	N	NE	
6	QBT - verifiche/interventi: controllo blocchi ed interblocchi se presente	1 anno		P	N	NE	
7	QBT - verifiche/interventi: pulizia e serraggio morsettiere	1 anno		P	N	NE	
8	QBT - verifiche/interventi: controllo collegamenti ausiliari	1 anno		P	N	NE	
9	QBT - verifiche/interventi: controllo illuminazione interna	1 anno		P	N	NE	
10	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo della resistenza anticondensa	1 anno		P	N	NE	
11	QBT - verifiche/interventi: se presente controllo dei segnalatori presenza/assenza tensione	1 anno		P	N	NE	
12	QBT - verifiche/interventi: intellegibilità e completezza targhe per sequenza manovre	1 anno		P	N	NE	
13	QBT - verifiche/interventi: funzionalità delle parti estraibili	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____



SCHEDA ACCESSORI CABINA

N°	Interventi (esame visivo e/o strumentale)	Massima periodicità	Data esecuzione	Esito intervento			NOTE
				P	N	NE	
1	Verifica pedana isolante 30 Kv	1 anno		P	N	NE	
2	Verifica guanti isolanti Regeltex EN 60903:2003 classe 2 IEC 60903:2002	1 anno		P	N	NE	
3	Fioretto manovre/sicurezza	1 anno		P	N	NE	
4	UPS ausiliari cabina	1 anno		P	N	NE	
5	Rifasamento fisso	1 anno		P	N	NE	
6	Casco con visiera	1 anno		P	N	NE	
7	Cartellonistica sicurezza	1 anno		P	N	NE	

NOTE:

Firma Manutentore : _____