

**LISTAS DE COMPROBACIÓN PARA REVISIÓN DE LAS
INSTALACIONES Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN
CONTRA INCENDIOS**

**SISTEMAS DE BOCAS DE
INCENDIO EQUIPADAS**

DATOS DE LA INSTALACION

Nombre:

Dirección:

Nombre del Representante de la Instalación:

Cargo del Representante de la Instalación:

DNI:

Responsable de Sistemas de PCI:

Cargo del Responsable de Sistemas de PCI:

DNI:

PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN

Trimestral

Semestral

DATOS EMPRESA MANTENEDORA:

Nombre ultima Empresa Mantenedora:

Registro Industria:

Nombre del ultimo técnico autorizado 1:

Nombre del ultimo técnico autorizado 2:

FECHA DE LA REVISIÓN EFECTUADA: Del día ____ de ____ al día ____ de ____ del 20__

	LISTAS DE COMPROBACIÓN	
	SISTEMA DE BOCAS DE INCENDIO EQUIPADAS	

3. CONCLUSIÓN

Realizada la correspondiente revisión y comprobaciones el sistema quedó:

- En correcto funcionamiento sin anomalías
- Con las anomalías indicadas a continuación y pendientes de corregir:

En _____, a _____ de _____ de _____

Conforme Representante de la Instalación

Conforme Responsable sistemas PCI