

<b>1</b>	<b>TIPOLOGIA EVENTO</b>				
<b>2</b>	<b>LUOGO</b>				
Data evento Gg/mm/aa	Ora oo.mm	Ora (UTC) oo.mm			
Pista di volo	Rullaggio	Apron		Piazzola	
<b>3</b>	<b>DATI AEROMOBILE</b>				
Numero volo	Tipo AM	Marche A/M		Da	A
Numero volo	Tipo AM	Marche A/M		Da	A
<b>3a</b>	<b>VEICOLI ED ATTREZZATURE DI TERRA</b>				
Veicolo/tipo	ID	Conducente		Società	
Veicolo/tipo	ID	Conducente		Società	
<b>4</b>	<b>CONDIZIONI METEO</b>				
Vento	VIS/RVR - visibilità	Temperatura	Luminosità	Evento met.	
<b>5</b>	<b>CONSEGUENZA</b>				
Volo	Infrastrutture	Danni aeromobile	Ferite a persone		
<b>6</b>	<b>DESCRIZIONE EVENTO</b>				
<i>ALLEGATI</i>	<i>Se SI specificare:</i>				
<b>8</b>	<b>AEROPORTO &amp; STRUTTURE AEROPORTUALI</b>				
Infrastrutture ed impianti		Impianti			
Cause dell'evento					
<b>8a</b>	<b>CONDIZIONI PISTA/RULLAGGIO</b>				
<b>9</b>	<b>SERVIZI DI ASSISTENZA A TERRA</b>				
Attività					
Attrezzature e veicoli					
Fasi del processo					
Cause dell'evento					
<b>10</b>	<b>DATI IDENTIFICATIVI</b>				
Nome e Cognome	N° Badge	Mansione	Firma		
Nome e Cognome	N° Badge	Mansione	Firma		
Nome e Cognome	N° Badge	Mansione	Firma		

**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI INCIDENTE**
**Mezzi coinvolti:**

Targa:	Nr.	Tipo:
--------	-----	-------

Autista:	Funzione:
----------	-----------

Targa:	Nr.	Tipo:
--------	-----	-------

Autista:	Funzione:
----------	-----------

**Descrizione danni:****Testimoni:**

Nome:	Cognome:	Funzione:
-------	----------	-----------

Nome:	Cognome:	Funzione:
-------	----------	-----------

**Conseguenze: (se note)**

Volo	<input type="checkbox"/>	Decollo abortito	<input type="checkbox"/>	Evacuazione
	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione di emergenza	<input type="checkbox"/>	Volo cancellato
	<input type="checkbox"/>	Ritorno allo stand	<input type="checkbox"/>	Volo ritardato
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Danni all'aeromobile	<input type="checkbox"/>	Nessun danno	<input type="checkbox"/>	Sostanzialmente danneggiato
	<input type="checkbox"/>	Leggermente danneggiato	<input type="checkbox"/>	Distrutto
	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>	
Lesioni/Danni Pax-Staff	<input type="checkbox"/>	Nessuno	<input type="checkbox"/>	Non significative
	<input type="checkbox"/>	Lesioni minime	<input type="checkbox"/>	Lesioni gravi
	<input type="checkbox"/>	Lesioni fatali	<input type="checkbox"/>	Altro
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**Compilatore:**

Data	Firma:
------	--------