

TA Gestore

TA Mercè

Ente/Organizzazione:

## 1 TIPOLOGIA EVENTO

## 2 LUOGO

Data evento gg/mm/aa	Ora oo.mm	Ora (UTC) oo.mm			
Pista di volo	Rullaggio	Apron		Piazzola	

## 3 DATI AEROMOBILE

Numero volo	Tipo AM	Marche A/M		Da	A
Numero volo	Tipo AM	Marche A/M		Da	A

## 3a VEICOLI ED ATTREZZATURE DI TERRA

Veicolo/tipo	ID	Conducente		Società
Veicolo/tipo	ID	Conducente		Società

## 4 CONDIZIONI METEO

Vento	VIS/RVR - visibilità	Temperatura	Luminosità	
			Evento met.	

## 5 CONSEGUENZA

Volo	Infrastrutture	Danni aeromobile	Ferite a persone
------	----------------	------------------	------------------

## 6 DESCRIZIONE EVENTO

ALLEGATI *Se SI specificare:*

## 8 AEROPORTO & STRUTTURE AEROPORTUALI

Infrastrutture ed impianti		Impianti	
Cause dell'evento			

## 8a CONDIZIONI PISTA/RULLAGGIO

## 9 SERVIZI DI ASSISTENZA A TERRA

Attività	
Attrezzature e veicoli	
Fasi del processo	
Cause dell'evento	

## 10 DATI IDENTIFICATIVI

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:
------	--------