

COMUNE DI CAPOLIVERI

Ufficio e sala COC

Loc.

tel fax 0565.....



SCHEDA n. _____ SEGNALAZIONE DI EVENTO E CONTROLLO

PROT. PROCIV. N. _____	DATA _____
------------------------	------------

DATA _____	ORA _____
GENERALITA' _____	
RECAPITO TELEFONICO _____	
LUOGO DA CUI VIENE SEGNALATO _____	

SEGNALAZIONE:	_____
_____	_____
_____	_____
LUOGO DELL'EVENTO	_____
INFORMAZIONI	_____
_____	_____

COMUNICATO A:	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
C.T.A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.F.S.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
V.V.F.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	SETTORE			
PROVINCIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
REGIONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PREFETTURA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SINDACO CAMPO ELBA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SINDACO MARCIANA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SINDACO MARCIANA MARINA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	ORE	PATTUGLIA	AUTO	SIGLA VHF
CONTROLLO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLLO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLLO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLLO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLLO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PERSONALE INTERVENUTO

HA VERIFICATO:

INTERVENTO NON EFFETTUATO PER:	_____
--------------------------------	-------









INTERVENTO EFFETTUATO CON PERSONALE	_____
-------------------------------------	-------

VERBALE DI INTERVENTO	N. <input type="text"/>	DEL	<input type="text"/>
-----------------------	-------------------------	-----	----------------------

VISTO: IL RESPONSABILE _____

COMUNE DI CAPOLIVERI

MESSAGGIO AGLI ORGANI COMPETENTI E DI SUPPORTO

 C.T.A.	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
 C. F. S. MARCIANA MARINA	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
 V.V.F. PORTOFERRAIO	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
 C.F.S. PORTOFERRAIO	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
 VICE PREFETTURA PORTOFERRAIO	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
 PREFETTURA LIVORNO	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
 PROVINCIA LIVORNO	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
 REGIONE TOSCANA FIRENZE	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		
	V H F	TELEFONO	PERSONA CHE HA RICEVUTO	ORE
		FAX		

TRASMISSIONI EFFETTUATE DA :