

A. DATI IDENTIFICATIVI IMPIANTO

Cod. catasto/Targa imp. 27217 Comune Ragusa Prov. RG
 Indirizzo Via FRATELLI BANDIERA N. 49 Palazzo _____ Scala _____ Piano _____ Interno _____
 Destinazione d'uso: Climatizzazione estiva Climatizzazione invernale Produzione Acs Altro _____
 Tipologia Impianto: Monoblocco Split System Potenza Frigorifera (kW) 3.5 Potenza Riscaldante (kW) 3.81
 Marca MIDEA Modello MOX230-12HFN8 Matricola 341220008ZT21180830071 GF Numero 1
 Q.tà Refrigerante: 0.62 kg Tipo refrigerante: R-32
 Con unità interne tipo: Mono split Dual split Trial split Quadri split Altro _____
 Ultimo intervento 20/10/2022 Ultima manutenzione 20/10/2022 Data realizzazione impianto _____

B. RESPONSABILE IMPIANTO

Nome EMANUELE Cognome PANNUZZO
 Cod. Fisc. PNNMNL51P03H163T Telefono _____
 Ragione Sociale EMANUELE PANNUZZO P.IVA PNNMNL51P03H163T
 Indirizzo VIA F.LLI BANDIERA N. 49 Comune _____ Prov _____
 Tipo di responsabilità: Proprietario Occupante Amministratore di condominio Terzo responsabile Altro _____

I controlli e le attività di manutenzione, pulizia e disinfezione sono riferite a: Unità esterna Unità interna

C RISULTATI CONTROLLI

	Si	No		Si	No
Dichiarazione di Conformità presente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Batterie di scambio termico pulite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libretto uso e manutenzione impianto presente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Integrità circuito refrigerante/coibentazione	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libretti di uso e manutenzione apparecchi presente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idoneità sistemi di scarico condensa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro Fgas/Ozono lesivi (ove previsto)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corretto funzionamento apparecchiature	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idoneità installazione (area/fissaggi/distanze)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assenza strati polverosi e sedimenti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assenza rumorosità/vibrazioni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D MANUTENZIONI EFFETTUATE

Pulizia generale delle unità	<input type="checkbox"/>	Disinfezione generale delle unità	<input type="checkbox"/>
Pulizia/sostituzione filtri	<input type="checkbox"/>	Disinfezione filtri	<input type="checkbox"/>
Pulizia componenti ventilanti	<input type="checkbox"/>	Verifiche microbiologiche	<input type="checkbox"/>
Pulizia superfici di scambio	<input type="checkbox"/>	Altro: _____	<input type="checkbox"/>

E. SEZIONE GAS REFRIGERANTI

Apparecchiatura ermeticamente sigillata Si No Data di installazione _____ Carica di refrigerante in Ton CO₂ equivalente ($\frac{\text{kg} \times \text{GWP}}{1000}$) 0.4185
 Quantità valutata: sulla base delle indicazioni presenti nelle specifiche tecniche o etichetta di sistema sulla base della determinazione da parte di personale certificato
 Controllo effettuato con metodo: Indiretto Diretto Risultato del controllo: Perdite Presenti Assenti
 Note: _____
 Controllo del sistema automatico di rilevamento delle perdite (se presente): il sistema è: Funzionante Non funzionante
 Aggiunta refrigerante: Si No Data: _____ Tipo refrigerante _____ Q.tà aggiunta kg _____
 Recupero/eliminazione refrigerante: Si No Data: _____ Tipo refrigerante _____ Q.tà recuperata/eliminata kg _____
 Motivo dell'aggiunta/recupero/eliminazione: Manutenzione Riparazione Smaltimento definitivo

OSSERVAZIONI:

RACCOMANDAZIONI: (in attesa di questi interventi l'impianto può essere messo in funzione)

PRESCRIZIONI: (in attesa di questi interventi l'impianto NON può essere messo in funzione)

L'impianto può funzionare solo dopo l'esecuzione di quanto prescritto. In mancanza di prescrizioni esplicite, il tecnico dichiara che l'apparecchio può essere messo in servizio senza compromettere la sicurezza delle persone degli animali e dei beni. Il tecnico declina altresì ogni responsabilità per sinistri a persona, animali o cose derivanti da manomissioni dell'impianto o dell'apparecchiatura da parte di terzi, ovvero carenze di manutenzioni successive.

F. DATI TECNICO E IMPRESA DI ASSISTENZA

Nome e Cognome del tecnico ALFONSO COSTA ID certificazione di persona _____
 Ragione Sociale ACOFFICE DI ALFONSO COSTA Telefono 0932-624174
 Indirizzo Via GIOVANNI PASCOLI 56 - 97100 Ragusa RG P.IVA 01229400880
 Estremi del documento di qualifica (iscrizione C.C.I.A.A.) Numero: CSTLNS69P11G273J Comune: Ragusa - RG
 Ora di arrivo presso l'impianto _____ Ora di partenza _____
 Data del presente controllo 20/10/2022 Si raccomanda un intervento di controllo/manutenzione entro il _____

Timbro e firma leggibile del tecnico

Firma leggibile, per presa visione, del responsabile dell'impianto