

## ALLEGATO O: SCHEDA DI VERIFICA E CONTROLLI NEL TEMPO

---

Laboratorio

n° di iscrizione registro fabbricanti

n° o codice dispositivo \_\_\_\_\_

**Dispositivo**

**L'informazione proviene dallo studio dentistico**

---

**Dottor** .....

**Paziente** .....

**Controlli periodici:**

Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

NOTE:

.....  
.....

Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

NOTE:

.....  
.....

Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

NOTE:

.....  
.....

Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

NOTE:

.....  
.....