

1. TIPOLOGIA DELL'EVENTO					
<input type="checkbox"/> Wildlife strike / near strike	<input type="checkbox"/> Ground Handling Operations	<input type="checkbox"/> Collision / near collision			
<input type="checkbox"/> Guasti a/m a sistemi/componenti	<input type="checkbox"/> Runway incursion/escursion	<input type="checkbox"/> Altro			
<input type="checkbox"/> INCONVENIENTE	<input type="checkbox"/> INCONVENIENTE GRAVE	<input type="checkbox"/> INCIDENTE			
2. LOCALIZZAZIONE DELL'EVENTO					
Data: _____	Ora UTC: _____	Pista in uso: _____			
Localizzazione:	<input type="checkbox"/> Runway _____	<input type="checkbox"/> Apron _____	<input type="checkbox"/> Off aerodrome _____		
	<input type="checkbox"/> Taxiway _____	<input type="checkbox"/> Gate _____	<input type="checkbox"/> Altro _____		
3. DATI DELL'AEROMOBILE					
Marca a/m: _____	Tipo a/m: _____	Operatore: _____			
Apt di partenza: _____	Apt di destinazione: _____	Pax / crew: _____ / _____			
4. DATI EQUIPMENT / VEICOLI					
<input type="checkbox"/> Veicolo 1	Tipo: _____	Targa: _____	Conducente: _____	Ditta: _____	
<input type="checkbox"/> Veicolo 2	Tipo: _____	Targa: _____	Conducente: _____	Ditta: _____	
5. CONDIZIONI METEOROLOGICHE					
Visibilità: _____	OAT: _____ °C	Vento: ____ / ____	Contaminanti: _____		
<input type="checkbox"/> Alba	<input type="checkbox"/> Giorno	<input type="checkbox"/> Tramonto	<input type="checkbox"/> Notte		
6. CONSEGUENZE (se note)					
Volo:	<input type="checkbox"/> Abortito decollo	<input type="checkbox"/> Volo interrotto	<input type="checkbox"/> Ritardo codice ____	<input type="checkbox"/> Altro	
	<input type="checkbox"/> Dichiarata emergenza	<input type="checkbox"/> Evacuazione	<input type="checkbox"/> Rientro allo stand		
Aeroporto:	<input type="checkbox"/> Ridotta operatività di _____		<input type="checkbox"/> Chiusura	<input type="checkbox"/> Altro	
Danni a/m:	<input type="checkbox"/> Nessun danno	<input type="checkbox"/> Leggermente d.to	<input type="checkbox"/> Danneggiato	<input type="checkbox"/> Distrutto / perso	
Feriti:	<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Feriti lievi n. ____	<input type="checkbox"/> Feriti gravi n. ____		
7. DESCRIZIONE DELL'EVENTO					

Allegati:

Nome:

Firma: