

7. Localizzazione dell'anomalia (indicare la posizione del problema sulla griglia)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A																														
B																														
C																														
D																														
E																														
F																														
G																														
H																														
I																														
J																														
K																														
L																														
M																														
N																														
O																														
P																														
Q																														
R																														
S																														

Inserire coordinate, componente sospetto (se identificato)

8. Perdite di liquido

- | | | |
|---|--|---|
| 8.1 <input type="checkbox"/> Nero | 8.4 <input type="checkbox"/> Arancio | 8.7 <input type="checkbox"/> Trasparente |
| 8.2 <input type="checkbox"/> Giallo | 8.5 <input type="checkbox"/> Marrone | 8.8 <input type="checkbox"/> Fluido e liquido |
| 8.3 <input type="checkbox"/> Rosa / rosso | 8.6 <input type="checkbox"/> Blu / verde | 8.9 <input type="checkbox"/> Denso e oleoso |

9. Odore

- | |
|--|
| 9.1 <input type="checkbox"/> Plastica / gomma bruciata |
| 9.2 <input type="checkbox"/> Dolciastro |
| 9.3 <input type="checkbox"/> Stantio / di muffa |
| 9.4 <input type="checkbox"/> Carburante / olio |
| 9.5 <input type="checkbox"/> Uova marce |
| 9.6 <input type="checkbox"/> Gas di scarico |
| 9.7 <input type="checkbox"/> _____ |

10. Suono/rumore

- | | | |
|--|--|---|
| 10.1 <input type="checkbox"/> Rombo / rimbombo | 10.5 <input type="checkbox"/> Gemito | 10.9 <input type="checkbox"/> Ticchettio / Clic / Tic |
| 10.2 <input type="checkbox"/> Ronzio | 10.6 <input type="checkbox"/> Picchiettio / Sferraglio | 10.10 <input type="checkbox"/> Fischio |
| 10.3 <input type="checkbox"/> Cigolio | 10.7 <input type="checkbox"/> Cigolio | 10.11 <input type="checkbox"/> Sibilo intenso |
| 10.4 <input type="checkbox"/> Battito / colpo | 10.8 <input type="checkbox"/> Stridio intermittente o costante | 10.12 <input type="checkbox"/> _____ |

11. Prova su strada

SÌ NO

- | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| Prova su strada con cliente | 11.1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 11.2 |
| Problema confermato da prova su strada | 11.3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 11.4 |
| Identificata origine problema | 11.5 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 11.6 |
| Anomalia riparata e confermata da prova su strada | 11.7 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 11.8 |
| Necessari ulteriori interventi | 11.9 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 11.10 |

Firma di chi ha effettuato la prova

Note: