



<b>CONTROL DE INCIDENCIAS LOGISTICAS</b>		N.º DE FICHA	
		FECHA	
NOMBRE RESPONSABLE CONTROL			
INSTALACIÓN			

Nº	PRIORIDAD	TIPOLOGÍA	DESCRIPCIÓN BREVE	RESUELTO (SI/NO)	COMUNICAR A:	FECHA Y HORA COMUNICA,

SEGUIMIENTO	DETALLES
INCIDENCIA N.º	

NOMBRE DE RESPONSABLE	FECHA Y FIRMA