

Informe de inspección de vehículo del conductor

Marque TODOS los elementos que presenten defectos y dé detalles en la sección "Comentarios".

FECHA: _____

N.º DE CAMIÓN/TRACTOR _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compresor de aire | <input type="checkbox"/> Bocina | <input type="checkbox"/> Muelles |
| <input type="checkbox"/> Líneas de aire | <input type="checkbox"/> Luces | <input type="checkbox"/> Burro de arranque |
| <input type="checkbox"/> Batería | <input type="checkbox"/> Delanteras – Freno | <input type="checkbox"/> Dirección |
| <input type="checkbox"/> Accesorios de los frenos | Traseras – Tablero | <input type="checkbox"/> Tacógrafo |
| <input type="checkbox"/> Frenos | Giro | <input type="checkbox"/> Neumáticos |
| <input type="checkbox"/> Carburador | <input type="checkbox"/> Espejos retrovisores | <input type="checkbox"/> Transmisión |
| <input type="checkbox"/> Embrague | <input type="checkbox"/> Sistema de escape | <input type="checkbox"/> Ruedas |
| <input type="checkbox"/> Descongelador | <input type="checkbox"/> Presión de aceite | <input type="checkbox"/> Ventanas |
| <input type="checkbox"/> Línea motriz | <input type="checkbox"/> Registrador a bordo | <input type="checkbox"/> Limpiaparabrisas |
| <input type="checkbox"/> Motor | <input type="checkbox"/> Radiador trasero | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Quinta rueda | <input type="checkbox"/> Reflectores | |
| <input type="checkbox"/> Eje delantero | <input type="checkbox"/> Equipamiento de seguridad | |
| <input type="checkbox"/> Tanques de combustible | <input type="checkbox"/> Extinguidor de incendios | |
| <input type="checkbox"/> Calefacción | Banderas – Bengalas – Fusibles | |
| | Bombillas y fusibles de repuesto | |
| | Luces selladas de repuesto | |

NÚMERO(S) DE REMOLQUE. _____

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conexiones de frenos | <input type="checkbox"/> Enganche | <input type="checkbox"/> Lona |
| <input type="checkbox"/> Frenos | <input type="checkbox"/> Tren de apoyo | <input type="checkbox"/> Neumáticos |
| <input type="checkbox"/> Cadenas de acoplamiento | <input type="checkbox"/> Luces: todas | <input type="checkbox"/> Ruedas |
| <input type="checkbox"/> Pivote de acoplamiento | <input type="checkbox"/> Techo | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Puertas | <input type="checkbox"/> Muelles | |

Comentarios: _____

El estado del vehículo mencionado arriba es satisfactorio

Firma del conductor _____

Los defectos mencionados arriba se corrigieron

NO es necesario corregir los defectos mencionados arriba para un funcionamiento seguro del vehículo

Firma del mecánico _____ Fecha _____

Firma del conductor _____ Fecha _____