

	<p align="center">ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti U.O.C. INGEGNERIA CLINICA c/o ex Ospedale "SS. Annunziata" – Via Valignani – 66100 Chieti ☎ +39 0871 357520 Fax +39 0871 357530 ✉ ingegneriaclinica@asl2abruzzo.it Direttore: Ing. Vincenzo D'Amico</p>	Edizione: 0 del 31/01/2011 Pag. 1 di 3 Revisione:1 del 01/04/2017
	RICHIESTA APPARECCHIATURA SANITARIA	MRSIC01

Spazio Riservato all'U.O.C. INGEGNERIA CLINICA

PROT.arrivo: _____ / _____ **DATA:** _____ / _____ / _____

Struttura	Unità Operativa
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Richiedente	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.TIPOLOGIA DI APPARECCHIATURA RICHIESTA

1.1 Quantità	1.2 Denominazione scientifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.CARATTERISTICHE TECNICHE

2.1 Specifiche tecniche dell'apparecchiatura richiesta.

2.2 Specifiche tecniche delle attrezzature a supporto/completamento dell'apparecchiatura richiesta.
(Indicare in questo spazio le caratteristiche tecniche di eventuali accessori correlati e/o di hardware/software.)

2.3 Integrazione/collegamento con altra strumentazione o sistemi informatici.
(Specificare l'eventuale infungibilità dell'apparecchio rispetto a strumenti già installati e/o a sistemi informativi esistenti.)

Il presente modulo va compilato di concerto tra il Direttore della U.O. richiedente ed il Direttore di Dipartimento

3.MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA		
3.1 Sostituzione <input type="checkbox"/>	3.2 Integrazione/Completamento <input type="checkbox"/>	3.3 Nuova <input type="checkbox"/>
3.4 Specificare e descrivere le motivazioni e l'eventuale urgenza della richiesta:		

4.MODALITÀ PROPOSTA DI ACQUISIZIONE	
4.1 Acquisto <input type="checkbox"/>	4.2 Service/Comodato <input type="checkbox"/>
4.3 Noleggio/Locazione/Leasing <input type="checkbox"/>	4.4 Sperimentazione, ricerca, didattica <input type="checkbox"/>
4.5 Donazione <input type="checkbox"/>	4.6 Altro (specif) <input type="checkbox"/>
4.7 Costo approssimativo : €	(IVA esclusa)
4.8 Fondi a disposizione	
(indicare eventuale linea progettuale e/o delibera di assegnamento fondi)	
4.9 Referente fondo (nome e cognome in stampatello)	
4.10 Firma referente per autorizzazione utilizzo fondi	

5.DATI APPARECCHIO DA SOSTITUIRE (Compilare solo in caso di sostituzione)	
5.1 Marca	5.2 Modello
5.3 Numero di serie	5.4 Numero di inventario
5.5 Motivazione (allegare eventuale verbale fuori uso): Obsoleto <input type="checkbox"/> Fuori uso <input type="checkbox"/>	

6.CARICO DI LAVORO						
6.1 Storico delle prestazioni effettuate	Codice	Descrizione	Periodo (mm/aa)	Ore attività settimanali	N° prestaz interne	N° prestaz esterne
6.2 Prestazioni previste	Codice	Descrizione	Periodo (mm/aa)	Ore attività settimanali	N° prestaz interne	N° prestaz esterne
6.3 Lista d'attesa	N° giorni di attesa per prestazione: <input style="width: 150px;" type="text"/>					
6.4 Eventuale riutilizzo in azienda	Riutilizzo in Azienda Sì <input type="checkbox"/> Nuova destinazione: <input style="width: 400px;" type="text"/> No <input type="checkbox"/>					

7.MIGLIORAMENTI TECNICO/FUNZIONALI OTTENIBILI CON L'APPARECCHIATURA RICHIESTA

7.1 Benefici all'utenza

7.2 Benefici per gli utilizzatori

7.3 Benefici per l'Azienda

8.SPECIFICHE PER LA MESSA IN FUNZIONE DELL'APPARECCHIATURA RICHIESTA

8.1 Ubicazione dell'apparecchiatura

8.2 Sono necessari lavori di adeguamento/ristrutturazione dei locali? SI NO 8.3 Sono previsti collegamenti con altre UU.OO. per l'utilizzo della nuova apparecchiatura? SI NO

In caso affermativo, specificare:

- quali collegamenti:

- le professionalità coinvolte

9.MATERIALE DI CONSUMO9.1 L'uso dell'apparecchiatura richiede materiale di consumo? SI NO

In caso affermativo, specificare:

Tipologia materiale di consumo	Unità di misura	Quantità annua	Importo annuo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>

Il Responsabile dell'U.O. richiedente

Nominativo in stampatello:

Firma: _____

Data: **Il Direttore di Dipartimento**

Nominativo in stampatello:

Firma: _____

Data: