

	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti U.O.C. INGEGNERIA CLINICA c/o ex Ospedale "SS. Annunziata" – Via Tiro a Segno,1 – 66100 CHIETI ☎ +39 0871 357520 Fax +39 0871 357530 ✉ ingegneriaclinica@asl2abruzzo.it Direttore: Ing. Vincenzo D'Amico	Edizione: 0 del 02/07/2018 Pag. 1 di 1
	RICHIESTA CORSO DI FORMAZIONE	MRSIC20

Dati da inserire a cura dell'U.O. richiedente		
P.O./NOD/ Dsb:	U.O./Servizio/ Amb.:	
Nominativo richiedente:	Data richiesta:	
Email:	Telefono:	Fax:
SI RICHIEDE LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI SULL'UTILIZZO DELLE SEGUENTI APPARECCHIATURE:		
1-Tipologia: _____		
Marca: _____ Modello: _____ N° Apparecchiature in possesso: _____		
2-Tipologia: _____		
Marca: _____ Modello: _____ N° Apparecchiature in possesso: _____		
3-Tipologia: _____		
Marca: _____ Modello: _____ N° Apparecchiature in possesso: _____		
QUALIFICA PERSONALE SANITARIO DA FORMARE : _____ <i>(specificare se Medici, Infermieri, Tecnici di Laboratorio, etc....)</i>		
N° PERSONALE SANITARIO IN TOTALE DA FORMARE : _____ N.B.: Allegare obbligatoriamente Elenco Nominativi partecipanti come da modulo "All. 1-MRSIC20"		
Formazione da effettuarsi presso:		
Indirizzo sede _____	N° personale previsto: _____	
Indirizzo sede _____	N° personale previsto: _____	
Indirizzo sede _____	N° personale previsto: _____	
Note: _____		
La UOC Ingegneria Clinica provvederà alla valutazione della richiesta e concorderà con la UO richiedente tempi e modalità per l'erogazione del corso di formazione.		
Direttore U.O. o delegato	nome in stampatello:	Timbro e Firma:
Spazio riservato all' U.O.C. INGEGNERIA CLINICA		
Data consegna: / /		Rif. Int.: CF ____/____