

RICHIESTA RIPARAZIONE APPARECCHIATURA MEDICALE

Ingegneria Clinica – Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali

1) Dipartimento ad Attività Integrata (DAI):	2) UOC/UOSD:
3) Referente del Reparto per la riparazione: Nome: Cognome: N. telefono: E-mail:	4) Ubicazione dell'apparecchiatura (n. edificio, n. piano, n. stanza):
5) Denominazione dell'apparecchiatura:	
6) Costruttore:	7) Modello:
8) Matricola:	9) Numero inventario:
10) Descrizione del guasto o delle anomalie evidenziate:	
11) La riparazione è urgente ed indifferibile? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
12) Codice del centro di costo (se attivo): Il Responsabile del Centro di Costo si rende disponibile di tutte le indicazioni scritte della stessa. La bolla di lavoro attestante l'avvenuta riparazione, dovrà essere firmata dal Responsabile di reparto (o suo delegato), quale attestazione dell'avvenuta riparazione e di quanto indicato in essa. Si precisa che senza la firma e timbro da parte del Direttore del DAI, la presente richiesta non ha validità. Copia del rapporto di lavoro dovrà essere inviato via email (ingegneriaclinica.aou@unina.it) al Servizio di Ingegneria Clinica e via fax al Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali (081.746.35.11).	
Data...../...../.....	Il Direttore del DAI (con timbro e firma)
Cognome e Nome (stampatello) _____	
FIRMA _____	
<u>Le richieste prive del numero di inventario, cognome, nome, numero di telefono ed e-mail del Referente del Reparto per la riparazione, subiranno ritardi nell'inoltro dell'ordine alla ditta, per il tempo necessario a questo ufficio per reperire i dati. Si dichiara che l'apparecchiatura in oggetto è utilizzata prevalentemente per scopi assistenziali.</u>	
Spazio riservato al Servizio di Ingegneria Clinica	