



MOD. FU_PRO

RICHIESTA DISMISSIONE APPARECCHIATURA BIOMEDICA
--

Napoli, li _____

RESPONSABILE UNITA' OPERATIVA:

CENTRO DI COSTO:	DAI:
------------------	------

RICHIEDE

La dichiarazione di fuori uso necessaria per l'alienazione della seguente apparecchiatura:

DENOMINAZIONE:

COSTRUTTORE:	MODELLO:
--------------	----------

N° INVENTARIO PATRIMONIO:	MATRICOLA:
---------------------------	------------

N° INVENTARIO INGEGNERIA CLINICA:

Per le seguenti motivazioni:

	NON FUNZIONANTE
	NON IN GRADO DI ESPLETARE CORRETTAMENTE LE PROPRIE FUNZIONI
	ECESSIVA VETUSTA' ED OBSOLESCENZA
	RIPARAZIONE ECCESSIVAMENTE ONEROSA
	NON SICURA
	GUASTO IRRIPARABILE
	DETERIORATA
	INUTILIZZATA
	ALTRE MOTIVAZIONI:

Il Direttore del DAI
