**Scheda richiesta di dismissione[[1]](#footnote-1)**

DISPOSITIVI ELETTROMEDICALI TECNOLOGIA BIOMEDICA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Motivo della richiesta di dismissione** | **Denominazione del bene** | **Numero di serie** | **Modello** | **Centro di costo** | **Ubicazione del cespite** | **Fornitore** | **Costruttore** | **Tipologia acquisto[[2]](#footnote-2)** | **Anno di acquisto** | **EEtichettaa** | **IC/INV** | **Allegato SIAC[[3]](#footnote-3)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Richiedente Smaltimento

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte e trasmessa, a mezzo Lapis, all’U.O.C. Gestione Operativa Ingesgneria Clinica e Hta (in caso di incompletezza/erronea compilazione la stessa sarà respinta) [↑](#footnote-ref-1)
2. Specificare la tipologia di fondo utilizzato all’atto dell’acquisto (es. Azienda, 378, PNRR, art. 20 II fase, art. 20 III fase scheda, POR/FESR, CIPE etc…) [↑](#footnote-ref-2)
3. Inserire il numero dell’allegato SIAC del bene da dismettere. [↑](#footnote-ref-3)