



Azienda Ospedaliera Universitaria
Federico II

Regione Campania
Direzione Generale Salute



Scheda richiesta di dismissione¹

ALTRI CESPITI (MOBILIE ARREDI) ATTREZZATURE SANITARIE NON ELETTROMEDICALI

Motivo della richiesta di dismissione	Denominazione del bene	Numero di serie	Modello	Centro di costo	Ubicazione del cespite	Fornitore	Costruttore	Tipologia acquisto ²	Anno di acquisto	ETIC HETT A	IC/INV	Allegato SIAC ³

X

Il responsabile dell'U.O.C. Competente

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 Acquisizione beni e Servizi (in caso di incompletezza/erronea compilazione la stessa sarà respinta)

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...)

³ Inserire il numero dell'allegato SIAC del bene da dismettere.



Azienda Ospedaliera Universitaria
Federico II

Regione Campania
Direzione Generale Salute

