



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"**

**MODELLO E**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE UPGRADE TECNOLOGICO (UGT)**

**RICHIESTA N°**  
**PROPONENTE**  
**DIPARTIMENTO**  
**TIPOLOGIA DI UPGRADE**

UGT-2012-  
PROF.  
XXX  
XXXXX

**AMBITO DI INTERESSE :**

**MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA:**

- ☐ Non sono disponibili parti di ricambio della vecchia tecnologia
- ☐ Le prestazioni erogate non sono più adeguate
- ☐ Il costo della riparazione è eccessivo
- ☐ Altro (specificare)

**DESCRIZIONE DELL'UPGRADE TECNOLOGICO**

(specificare nel dettaglio indicando anche la tecnologia che si va a sostituire/aggiornare in quale percorso di cura è inserito e con quale accesso, indicare, inoltre, i moduli che attualmente sono in dotazione dell'apparecchiatura e quali di questi verrebbero sostituiti)

**COSTO PRESUNTO**

**X EURO**

**EVENTUALE COMPARTECIPAZIONE DI SOGGETTI ESTERNI**  
**DENOMINAZIONE DEL SOGGETTO:**

**X EURO/ X %**

**MODIFICHE INFRASTRUTTURALI:**

**Sì ☐**

**No ☐**

Se sì specificare:

**MODIFICHE DELLA ROUTINE ORGANIZZATIVA E/O DELLA MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI:**

**Sì ☐**

**No ☐**

Se sì specificare:

**MATERIALE DI CONSUMO**

**X EURO/INTERVENTO**

Specificare se trattasi di materiale di consumo dedicato:

**Sì ☐**

**No ☐**

Elencare (in ogni caso) tipologia, fabbisogno presunto annuo e costo unitario del materiale di consumo:

**NUMERO DI INTERVENTI/PRESTAZIONI EROGABILI CON L'UPGRADE**

**GARANZIA FULL-RISK PER 36 MESI (CON LA SOLA ESCLUSIONE DEL MATERIALE DI CONSUMO MONOUSO E/O MONOPAZIENTE):**

**Inclusa ☐**

**Esclusa ☐**



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"**

**RICADUTA SUL PAZIENTE:**

**VALUTAZIONE EX-POST**

(Individuare indicatori da monitorare durante il I° anno insieme al Tavolo Ricerca e Sviluppo)

Data

Firma del Direttore del Dipartimento