|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti***  ***U.O.C. INGEGNERIA CLINICA***  *c/o ex Ospedale “SS. Annunziata” – Via Valignani – 66100 Chieti*  🕿 +39 0871 357520 Fax +39 0871 357530  **📪**[**ingegneriaclinica@asl2abruzzo.it**](mailto:ingegneriaclinica@asl2abruzzo.it)  Direttore: Ing. Vincenzo D’Amico | Edizione: 0  del 31/01/2011  Pag. 1 di 3  Revisione:1  del 01/04/2017 |
| ***RICHIESTA APPARECCHIATURA SANITARIA*** | **MRSIC01** |

|  |
| --- |
| ***Spazio Riservato all’U.O.C. INGEGNERIA CLINICA***  **PROT.arrivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Struttura** | **Unità Operativa** |
|  |  |
| **Richiedente** | **E-mail** |
|  |  |
| **Telefono** | **Fax** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.TIPOLOGIA DI APPARECCHIATURA RICHIESTA** | |
| * 1. Quantità | * 1. Denominazione scientifica |

|  |
| --- |
| **2.CARATTERISTICHE TECNICHE** |
| 2.1 Specifiche tecniche dell’apparecchiatura richiesta. |
| 2.2 Specifiche tecniche delle attrezzature a supporto/completamento dell’apparecchiatura richiesta.  (Indicare in questo spazio le caratteristiche tecniche di eventuali accessori correlati e/o di hardware/software.) |
| 2.3 Integrazione/collegamento con altra strumentazione o sistemi informatici.  (Specificare l’eventuale infungibilità dell’apparecchio rispetto a strumenti già installati e/o a sistemi informativi esistenti.) |

**Il presente modulo va compilato di concerto tra il Direttore della U.O. richiedente ed il Direttore di Dipartimento**

|  |
| --- |
| **3.MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA** |
| 3.1 Sostituzione  3.2 Integrazione/Completamento  3.3 Nuova |
| 3.4 Specificare e descrivere le motivazioni e l’eventuale urgenza della richiesta: |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.MODALITÀ PROPOSTA DI ACQUISIZIONE** | |
| 4.1 Acquisto  4.3 Noleggio/Locazione/Leasing  4.5 Donazione | 4.2 Service/Comodato  4.4 Sperimentazione, ricerca, didattica  4.6 Altro (specif) |
| 4.7 Costo approssimativo : €  (IVA esclusa) | |
| 4.8 Fondi a disposizione  (indicare eventuale linea progettuale e/o delibera di assegnamento fondi) | |
| 4.9 Referente fondo (nome e cognome in stampatello) | |
| 4.10 Firma refente per autorizzazione utilizzo fondi | |

|  |  |
| --- | --- |
| **5.DATI APPARECCHIO DA SOSTITUIRE (Compilare solo in caso di sostituzione)** | |
| 5.1 Marca | 5.2 Modello |
| 5.3 Numero di serie | 5.4 Numero di inventario |
| 5.5 Motivazione (allegare eventuale verbale fuori uso): Obsoleto  Fuori uso | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.CARICO DI LAVORO** |  | | | | | |
| 6.1  Storico delle prestazioni  effettuate | Codice | Descrizione | Periodo (mm/aa) | Ore attività settimanali | N° prestaz interne | N° prestaz esterne |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 6.2  Prestazioni previste | Codice | Descrizione | Periodo (mm/aa) | Ore attività settimanali | N° prestaz interne | N° prestaz esterne |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 6.3  Lista d’attesa | N° giorni di attesa per prestazione: | | | | | |
| 6.4  Eventuale riutilizzo in azienda | Riutilizzo in Azienda  Sì  Nuova destinazione:  No | | | | | |

|  |
| --- |
| **7.MIGLIORAMENTI TECNICO/FUNZIONALI OTTENIBILI CON**  **L’APPARECCHIATURA RICHIESTA** |
| 7.1 Benefici all'utenza |
| 7.2 Benefici per gli utilizzatori |
| 7.3 Benefici per l’Azienda |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8.SPECIFICHE PER LA MESSA IN FUNZIONE DELL’APPARECCHIATURA RICHIESTA** | | | |
| 8.1 Ubicazione dell’apparecchiatura | | | |
| 8.2 Sono necessari lavori di adeguamento/ristrutturazione dei locali? SI  NO | | | |
| 8.3 Sono previsti collegamenti con altre UU.OO. per l'utilizzo della nuova apparecchiatura? SI  NO  In caso affermativo, specificare:  - quali collegamenti:  - le professionalità coinvolte | | | |
|  | | | |
| **9.MATERIALE DI CONSUMO** | | | |
| 9.1 L’uso dell’apparecchiatura richiede materiale di consumo? SI  NO  In caso affermativo, specificare: | | | |
| **Tipologia materiale di consumo** | **Unità di misura** | **Quantità annua** | **Importo annuo** |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |

|  |  |
| --- | --- |
| **Il Responsabile dell’U.O. richiedente** | **Il Direttore di Dipartimento** |
| Nominativo in stampatello:  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: | Nominativo in stampatello:  Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: |