

U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA

Ing. \_\_\_\_\_

## VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: \_\_\_\_\_

U.O. RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: \_\_\_\_\_

### 1- RELAZIONE SANITARIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. \_\_\_\_\_, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
- NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
- PROGRAMMABILE
- DIFFERIBILE

Data ...../...../.....

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: \_\_\_\_\_

Nome e cognome  
(in stampatello)

\_\_\_\_\_

Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.  
(leggibile con timbro)

\_\_\_\_\_

**N.B.:** Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.