

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 9 PER LA PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI CONSEGUENTI AL MALFUNZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHI ELETTROMEDICALI	Rev.0 Del

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA U.O. E RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'USO DI UN'APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE IN PROVA VISIONE

- Al Direttore D.M.O.**
- Al Direttore DISTRETTO n. _____**

Oggetto: richiesta autorizzazione all'ingresso di apparecchiatura in prova/visione

1- DETTAGLIATA DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE PROPOSTA IN VISIONE NELLA UO / SEDE _____

.....

2- INDICARE IL TIPO/NUMERO DI PRESTAZIONI IN GRADO DI REALIZZARE E I NOMINATIVI DEL PERSONALE IMPIEGATO

.....

Con la presente si esprime parere favorevole / non favorevole alla richiesta di visione dell'apparecchiatura descritta al punto 1 del presente form.

Rieti, li/...../.....

Nome e cognome del Dirigente della U.O. _____

(in stampatello)

Firma del Dirigente della U.O. _____

(leggibile)

Il Direttore/Responsabile della DMO autorizza / non autorizza l'accesso e l'uso in prova visione dell'apparecchiatura descritta al precedente punto 1, per un tempo pari a mesi _____ (max 6 mesi).

Rieti, li/...../.....

 (Timbro e firma leggibile)