

Alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA  
Al Direttore di Dipartimento / Distretto / DMO

**MODULO RICHIESTA FUORI USO / FINE USO**

U.O. Richiedente .....

Richiesta di  FUORI USO  FINE USO

Motivazione della richiesta .....

.....

.....

.....

Data della richiesta .....

DATI DEL BENE

Descrizione dell'apparecchiatura elettromedicale oggetto della richiesta : .....

.....

.....

N° di inventario bene immobile:

Centro di costo della U.O.:

Dati del richiedente:

Funzione del Richiedente.....  
(LEGGIBILE IN STAMPATELLO) (TIMBRO)

Nome e Cognome .....

(LEGGIBILE IN STAMPATELLO) (FIRMA)

Recapito telefonico .....