



ALLEGATO 2/A

Modulo di RICHIESTA APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

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

Protocollo Richiesta _____	A cura del Servizio Ingegneria Clinica e HTA
Data _____	Protocollo Ricezione _____
	Data _____

Struttura	Unità Operativa
Richiedente	e-mail
Telefono	Fax

1. TIPOLOGIA DI APPARECCHIATURA RICHIESTA

1.1 Denominazione scientifica: _____

2. CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME INDICATIVE

2.1 Specifiche tecniche minime 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.)

3.PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

3.1 Storico delle prestazioni effettuate

Codice	Descrizione	Periodo (mm/aa)	Ore attività settimanali	N° prestaz. interne	N° prestaz. esterne

3.2 Prestazioni previste

Codice	Descrizione	Periodo (mm/aa)	Ore attività settimanali	N° prestaz. interne	N° prestaz. esterne

3.3 Lista d'attesa N° giorni di attesa per prestazione: _____

3.4 Eventuale riutilizzo in azienda: Si No Nuova Destinazione: _____

3.5 Esistono già attrezzature analoghe nella struttura? _____ prestazioni mese _____ ore funz. _____

3.6 Personale addetto a)disponibile; b)da acquisire

3.7 esigenze formazione NO SI ore necessarie _____



4.MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA

4.1 Rinnovo Ur

4.2 Rinnovo programmato

4.3 Poten

4.4 Specificare e descrivere le motivazioni e l'eventuale urgenza della richiesta:

5.MODALITÀ PROPOSTA DI ACQUISIZIONE

5.1 Acquisto

5.2 Service/Comodato

5.3 Noleggio/Locazione/Leasing

5.4 Sperimentazione, ricerca, didattica

5.5 Donazione

5.6 Altro (specificare) _____

6.DATI APPARECCHIO DA SOSTITUIRE (Compilare solo in caso di sostituzione)

6.1 Marca _____ 6.2 Modello _____

6.3 Numero di serie _____ 6.4 Numero di inventario _____

6.5 Motivazione (allegare eventuale verbale fuori uso): Obsoleto

Fuori uso

7.MIGLIORAMENTI OTTENIBILI CON L'APPARECCHIATURA RICHIESTA

7.1 Collegamento con obiettivi Aziendali

7.2 Collegamento con obiettivi Aziendali della Struttura

7.3 Benefici per l'Azienda/gli utilizzatori/l'utenza



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:

Il Direttore U.O. richiedente

Nominativo in stampatello: _____

Firma: _____

Data: _____

Il Direttore del Dipartimento/P.O./Distretto

Nominativo in stampatello: _____

Firma: _____

Data: _____

Spazio riservato alla U.O.C. Ingegneria Clinica e HTA

Autorizzazione della Direzione A.S.L.

Nominativo in stampatello: _____

Firma: _____

Data: _____