

**DETERMINA DEL DIRIGENTE DELLA
AZIENDA OSPEDALIERA SAN SALVATORE DI PESARO
N. 13 DEL 08/08/2005**

Oggetto: Accettazione comodato d'uso gratuito di prodotti vari in favore della U.O. Ematologia di questa Azienda Ospedaliera.

**IL DIRIGENTE DELLA
AZIENDA OSPEDALIERA SAN SALVATORE DI PESARO**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA l'attestazione del Dirigente della S.O.C. Bilancio e Programmazione Finanziaria in riferimento al bilancio annuale di previsione;

- D E T E R M I N A -

1. di accettare in comodato d'uso gratuito i seguenti prodotti per i relativi valori commerciali:

- ✓ n. 7 alza WC h. cm. 10 – € 25,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 2 carrozzine pieghevoli – € 280,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 2 deambulatori pieghevoli – € 110,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 1 saturimetro – € 800,00 IVA esclusa
- ✓ n. 1 masterizzatore ASUS – € 373,00 IVA esclusa
- ✓ n. 2 radio mangianastri – € 34,90 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 4 TV Samsung – € 150,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 2 radio Grundig – € 39,90 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 2 DVD Daewoo – € 139,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 5 telecomandi Meliconi – € 20,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 7 piantane mod. Lifecare Quadstand su ruote – € 120,00 IVA esclusa (cad.)

da parte della ONLUS "ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE – LINFOMI E MIELOMA" di Pesaro, in favore della U.O. Ematologia dell'Azienda Ospedaliera "San Salvatore", nonché il comodato d'uso gratuito di:

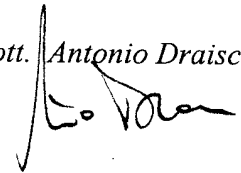
- ✓ n. 1 armadio di sicurezza – € 1.250,00 IVA esclusa

da parte della stessa Associazione in favore della Scuola sita presso il Presidio di Muraglia, per un valore commerciale complessivo pari ad € 5.345,60 IVA esclusa, ossia € 6.414,72 IVA inclusa, tramite approvazione dello schema di contratto di comodato riportato in allegato (*All. n. 1*), che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determina;

2. di dare atto che dalla presente determinazione non deriva alcuna spesa a carico del Bilancio Aziendale;
3. di dare atto che si provvederà alle necessarie operazioni di inventariazione;
4. di dare atto che la S.O.C. Bilancio e Programmazione Finanziaria iscriverà i beni in questione nei conti d'ordine n. 24.05.15.00 "*Beni di terzi in comodato (attivo)*" e n. 24.50.15.00 "*Beni di terzi in comodato (passivo)*" del Bilancio Preventivo 2005 per un valore commerciale complessivo pari ad € 6.414,72 IVA inclusa;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art.17 della L.R. 26/96;
6. di dare atto che la presente determinazione non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art.4 della L.n.412/91 e dell'art.28 della L.R. 26/96, così come modificato dall'art. 2 della L.R.34/98;

Il Dirigente

Dott. Antonio Draisci



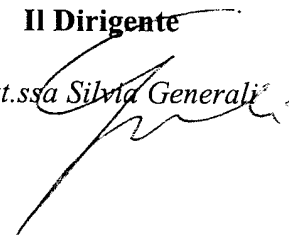
S.O.C. BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA:

Si attesta che i beni in questione saranno iscritti nei conti d'ordine n. 24.05.15.00 "*Beni di terzi in comodato (attivo)*" e n. 24.50.15.00 "*Beni di terzi in comodato (passivo)*" del Bilancio Preventivo 2005, per un valore commerciale complessivo pari ad € 6.414,72 IVA inclusa.

Il Dirigente

Dott.ssa Silvia Generali

U.O. RACIONERIA
Primo visione
08/08/2005



- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

Si richiama la seguente normativa di riferimento:

- **R.D. n. 827 del 23/05/24:** “Regolamento per l’amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato”;
- **D. lgs. n. 502 del 30.12.92** e successive modifiche, concernente: “*Riordino del SSN*”;
- **L.R. n. 26 del 17.07.96** concernente: “*Riordino del Servizio Sanitario Regionale*”;
- **Regolamento per l’accettazione di materiale in comodato** approvato con deliberazione n.76 del 06/02/97 dell’Azienda Ospedaliera.

Si richiamano le seguenti determinine di riferimento:

- **Determina n. 100 del 10/03/2005:** “Adozione Atto Aziendale”

Con nota del 11/04/05 e successive note del 18/04/05 e del 18/05/05 la ONLUS “ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE – LINFOMI E MIELOMA” di Pesaro, ha comunicato la volontà di cedere in comodato d’uso gratuito in favore della U.O. Ematologia di questa Azienda Ospedaliera le seguenti attrezzature, per la durata di anni 1 – uno – (documentazione depositata agli atti):

- ✓ n. 7 alza WC h. cm. 10 – € 25,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 2 carrozzine pieghevoli – € 280,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 2 deambulatori pieghevoli – € 110,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 1 saturimetro – € 800,00 IVA esclusa
- ✓ n. 1 masterizzatore ASUS – € 373,00 IVA esclusa
- ✓ n. 2 radio mangianastri – € 34,90 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 4 TV Samsung – € 150,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 2 radio Grundig – € 39,90 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 2 DVD Daewoo – € 139,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 5 telecomandi Meliconi – € 20,00 IVA esclusa (cad.)
- ✓ n. 7 piantane mod. Lifecare Quadstand su ruote – € 120,00 IVA esclusa (cad.)

per un valore commerciale complessivo pari ad € 4.095,60 IVA esclusa, ossia € 4.914,72 IVA inclusa.

Con nota del 24/05/05 la stessa Associazione ha comunicato la volontà di cedere in comodato d’uso gratuito in favore della Scuola sita presso il Presidio di Muraglia di questa Azienda Ospedaliera n. 1 armadio di sicurezza della ditta Conforti Spa per un valore commerciale pari ad € 1.250,00 IVA esclusa ossia € 1.500,00 IVA inclusa, per la durata di anni 1 – uno – (documentazione depositata agli atti).

Premesso che il Direttore della U.O. Ematologia – Dr. Visani G. – ha inviato le proposte di comodato d’uso e conto visione dei suddetti beni (*vedi Allegati da n. 2 a n. 13*) sottolineando quanto segue (documentazione depositata agli atti):

- il masterizzatore ASUS verrà utilizzato per l'acquisizione su CD delle immagini che compaiono al microscopio, al fine della conservazione dei dati;
- i n. 5 telecomandi Meliconi serviranno per consentire ai pazienti allettati l'utilizzo della televisione senza doversi alzare dal letto;
- i n. 2 DVD Daewoo, le n. 2 radio Grundig, le n. 2 radio Mangianastri e le n. 4 TV Samsung serviranno per allietare la permanenza dei pazienti degenti;
- le n. 7 piantane saranno utilizzate al fine della somministrazione delle flebo endovena ai pazienti;
- il saturimetro servirà per la rilevazione dello stato di ossigenazione periferica;
- le n. 2 carrozzine pieghevoli saranno utilizzate per il trasporto dei pazienti;
- i n. 2 deambulatori pieghevoli – supporti per pazienti con difficoltà deambulatoria che necessitano di camminare – saranno utilizzati per la fisioterapia dei pazienti;
- i n. 7 alza WC saranno utilizzati per favorire una posizione anatomica più idonea per i bisogni fisiologici;
- l'armadio di sicurezza verrà utilizzato per la conservazione sotto chiave del materiale didattico.

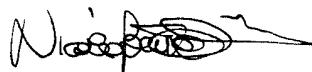
Considerato che:

- a) le proposte di comodato delle attrezzature sanitarie sono accompagnate dal parere favorevole del Direttore del Dipartimento Onco-Ematologico, dal Responsabile della U.O. Fisica Medica e Tecnologie Biomediche e dal Direttore Medico di Presidio;
- b) la proposta di comodato dell'armadio di sicurezza è accompagnata dal parere favorevole del Direttore del Dipartimento Onco-Ematologico e del Dirigente del Servizio Tecnico;
- c) le proposte di comodato dei prodotti informatici sono accompagnate dal parere favorevole del Direttore del Dipartimento Onco-Ematologico e del Coordinatore del Servizio Informatico.
- d) l'“ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE – LINFOMI E MIELOMA” ha comunicato che le manutenzioni dei suddetti beni sono a carico di questa Azienda Ospedaliera (comodatario), si ritiene opportuno accettare tale condizione, derogando a quanto previsto dall'art. 8.1.8. della procedura aziendale relativa all'accettazione comodati d'uso e conto visione – cui all'Atto Aziendale adottato con Determina n. 100 del 10/03/05 – il quale prevede che *“le spese per la manutenzione ordinaria e straordinaria..... dei beni in comodato d'uso sono a carico del comodante”*. La deroga al suddetto articolo, prevista comunque anche dalla procedura Aziendale sopra citata all'8.1.14, viene ulteriormente giustificata dal fatto che i beni concessi gratuitamente dal comodante, utili alla U.O. Ematologia ed ai pazienti ivi ricoverati, risultano essere singolarmente di modico valore e conseguentemente l'eventuale manutenzione sugli stessi impegnerebbe questa Azienda Ospedaliera (comodatario) per importi modesti.

Quanto sopra risulta pertanto conforme a quanto previsto dalla procedura aziendale per i comodati d'uso gratuito, giusta delibera n. 76 del 06/02/1997 e determina n. 100 del 10/03/05 approvata con D.G.R.M. n. 332 del 02/03/05.

Il Responsabile del Procedimento

Dott. Nicola Battaglini



- ALLEGATI -

- Allegato n. 1 : Schema di contratto di comodato d'uso
- Allegati da n. 2 a n. 13 : Istruttorie di comodato d'uso e conto visione dei vari beni
- presenti in copia cartacea e disponibili agli atti -

Allegato n. 1

SCHEMA DI CONTRATTO DI COMODATO

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____ in esecuzione della determinazione del Direttore della S.O.C. Provveditorato-Economato dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Salvatore" di Pesaro n. _____ del _____, esecutiva

TRA

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Salvatore" di Pesaro (di seguito definita Azienda Ospedaliera), con sede legale in Piazzale Cinelli n.4, cod. fisc. e partita IVA: 01316870417, legalmente rappresentata dal Direttore Generale Dr. Eugenio Porfido, nato a Bergamo il 03.03.1956, residente in Via San Lorenzo, 35 Bergamo, cod. fisc.: PRFGNE56C03A794Z, il quale agisce in nome e per conto dell'Azienda.

E

L'ONLUS "ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE - LINFOMI E MIELOMA", Via Mameli n. 22 - Pesaro, rappresentata da _____, nato a _____, il _____ e residente in _____ cod. fis. _____ che agisce in qualità di comodante

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 - OGGETTO

La ONLUS "ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE - LINFOMI E MIELOMA" in qualità di comodante, dà in comodato d'uso gratuito all' Azienda Ospedaliera "Ospedale San Salvatore" che a tale titolo riceve ed accetta, i seguenti beni:

- a) - n. 7 alza WC h. cm. 10 – € 25,00 IVA esclusa (cad.)
 - n. 2 carrozzine pieghevoli – € 280,00 IVA esclusa (cad.)
 - n. 2 deambulatori pieghevoli – € 110,00 IVA esclusa (cad.)
 - n. 1 saturimetro – € 800,00 IVA esclusa
 - n. 1 masterizzatore ASUS – € 373,00 IVA esclusa
 - n. 2 radio mangianastri – € 34,90 IVA esclusa (cad.)
 - n. 4 TV Samsung – € 150,00 IVA esclusa (cad.)
 - n. 2 radio Grundig – € 39,90 IVA esclusa (cad.)
 - n. 2 DVD Daewoo – € 139,00 IVA esclusa (cad.)
 - n. 5 telecomandi Meliconi – € 20,00 IVA esclusa (cad.)
 - n. 7 piantane mod. Lifecare Quadstand su ruote – € 120,00 IVA esclusa (cad.)
- in favore della U.O. Ematologia;

b) n. 1 armadio di sicurezza – € 1.250,00 IVA esclusa – in favore della Scuola sita presso il Presidio di Muraglia;

per un valore commerciale complessivo pari ad € 5.345,60 IVA esclusa ossia € 6.414,72 IVA inclusa.

ART. 2 – FINALIZZAZIONE

Il comodato è a titolo gratuito senza alcun onere a carico dell' Azienda Ospedaliera per l'utilizzo o per eventuale deterioramento o perimento o furto dei beni a qualsiasi motivo imputabile o per caso fortuito dei beni stessi.

ART. 3 – DURATA

La durata del presente contratto è di 1 (uno) anni, con decorrenza dal _____ al _____.
E' vietato il rinnovo tacito, pertanto resta facoltà delle parti di addivenire al rinnovo/proroga del contratto entro 60 gg. dalla scadenza del termine, con apposito atto di autorizzazione.

ART. 4 – OBBLIGHI

I beni rimangono di proprietà del comodante ed il comodatario si obbliga a usare e custodire gli stessi beni avuti in comodato con la diligenza del buon padre di famiglia ed in stretta conformità alle istruzioni tecniche, a non destinarli ad altre UU.OO. diverse da quella previste all'art. 1 – punti a) e b), a non cedere neppure temporaneamente l'uso dei beni a terzi, nè a titolo gratuito nè a titolo oneroso ed a restituire al comodante i beni stessi nello stato attuale, salvo il normale deterioramento d'uso.

ART. 5 – RESTITUZIONE

Il comodatario si obbliga a restituire i beni ottenuti in comodato quando se ne sarà servito in conformità all'uso stabilito dal presente contratto e comunque dietro richiesta scritta da parte del comodante da inviarsi con almeno 30 gg di preavviso. Il comodante dichiara che l'acquisizione in comodato d'uso dei beni non determina per il comodatario alcun successivo impegno di acquisto dei beni stessi.

ART. 6 – MANUTENZIONE

Il comodatario si obbliga a permettere l'accesso, in qualsiasi momento agli incaricati del comodante per le verifiche sullo stato d'uso e conservazione dei beni, per eventuali accertamenti, controlli e variazioni del luogo abituale di custodia dei beni; a sottoporre i suddetti beni ad ogni intervento assistenziale che si rendesse necessario e che fosse richiesto dal comodante. Le spese per manutenzioni ordinarie e straordinarie, eventualmente necessarie per servirsi dei beni dati in comodato, in deroga a quanto stabilito dall'art. 8.1.8. della procedura aziendale relativa all'accettazione comodati d'uso e conto visione – cui all'Atto Aziendale adottato con Determina n. 100 del 10/03/05 – sono a carico del comodatario.

ART. 7 – RINVIO

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, le parti rinviando al disposto degli artt. 1803 e segg. cod.civ.

ART. 8 – FORO

In caso di controversie relative al presente contratto, le parti si rimettono alla competenza esclusiva del Foro di Pesaro.

ART. 9 – REGISTRAZIONE

Il presente atto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi degli artt. 5 e 40 del D.P.R. 26/04/1986 n. 131.



Numero	19/OSSECON	Pag.	8
Data	08/08/2005		

ART. 10 – SPESE

Tutte le spese inerenti alla consegna, montaggio e ritiro dei beni e conseguenti alla stipulazione del presente contratto sono a carico del comodante.

Letto, approvato, sottoscritto.

Pesaro, li _____

Azienda Ospedaliera

Il legale rappresentante

Dr. Eugenio Porfido

ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA
 DIPARTIMENTO ONCO-ERATOLOGICO
 Denominazione e N° Centro Responsabilità _____
 Denominazione e N° Centro di costo 582

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/07/2005 Comodante: A.I.L. ONCUS S.p.A. in Pesaro

DESCRIZIONE BENE: N° 1 MANUTENTORE ASUS

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): _____

Costruttore: BITA

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche): _____

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: VA INSTALLATO SU MICROSCOPIO A CINQUE POSTAZIONI GIÀ IN DOTAZIONE PRESSO LA U.O. EMATOLOGICA

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.)

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione, quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____

Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

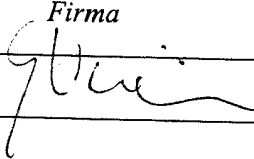
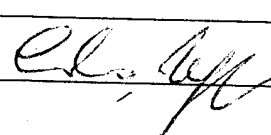
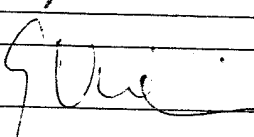
Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc.

ACQUISIZIONE SU CD BENE IMMAGINI CHE
COMPATONO AL MICROSCOPIO, AL FINE DI
CONSERVARE I DATI.

☛ **CD BENE IMMAGINI**
 In relazione se il microscopio è in servizio in servizio "in service" e atto a "comodato d'uso" dove
 la proprietà appartiene, solo se di proprietà e
 all'origine del bene e di proprietà, altrimenti il
 bene non è bene.

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19/07/05	
IL DIRETTORE Medico del Presidio			
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA			
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO	 <small>VERI NOTA</small>	25/07/05	
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
IL RESPONSABILE DELLA U.O.		19/07/05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

Azienda Ospedaliera "Ospedale San Salvatore" - Pesaro
Viale Trieste, 391 - 61100 PESARO P.FVA 01316870417

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA
DIPARTIMENTO ONCO-EPATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____

Denominazione e N° Centro di costo SBS

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/04/2005 Comodante: A.I.L. ONCUS PESARO

DESCRIZIONE BENE: N. 5 TELECOMANDI

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): _____

Costruttore: MEUCONI

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche): _____

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.) _____

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____

Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc.

CONSENTIRE AI PZ ADETTI L'UTILIZZO DELLA TELEVISIONE SENZA DOVERSI ALZARE DAL LETTO

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
II DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO	<i>[Signature]</i>	19.07.05	
II DIRETTORE Medico del Presidio			
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA			
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO	<i>[Signature]</i>	25.07.05	
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
II RESPONSABILE DELLA U.O.	<i>[Signature]</i>	19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO
Denominazione e N° Centro Responsabilità _____
Denominazione e N° Centro di costo 585

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/07/2005 Comodante: A.I.L. ONUS S.F. DI PESARO

DESCRIZIONE BENE: N° 2 DVD

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): COMBO SD 7500

Costruttore: DAEWOO

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche): _____

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.) _____

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione, quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____

Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

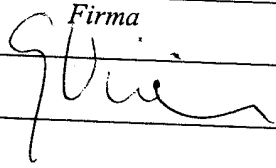
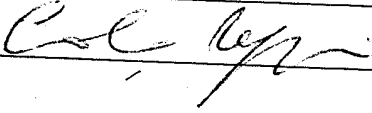
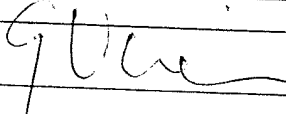
Necessità di personale c/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc. _____

AD AUMENTARE LA PERMANENZA DEI PAZIENTI
DEGENTI

NOTA: VERIFICARE DOVE VANTAGGI MONTATI, SE
SU PE D'INCOMPATIBILITÀ DELL'AO, PUÒ ESSERE MONTATO
DAL SERVIZIO INFORMATICO.

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.05	
IL DIRETTORE Medico del Presidio			
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA			
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO		25.07.05	
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
IL RESPONSABILE DELLA U.O.		19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____

Denominazione e N° Centro di costo 582 - 585

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data : 18/07/2005 Comodante: A.I.L. ONLUS SEZ. DI PESARO

DESCRIZIONE BENE: M 2 RADIO

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): RMB MUSY CBOY S1

Costruttore: GRUNING

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche):

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.)

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva):

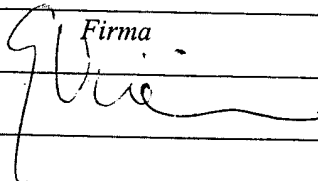
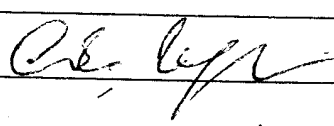
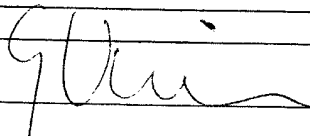
Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc. _____

AD AUMENTARE LA PERMANENZA DEI PAZIENTI
DEGENTI

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.05	
IL DIRETTORE Medico del Presidio			
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA			
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO		15.07.05	
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
IL RESPONSABILE DELLA U.O.		19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA
 DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____
 Denominazione e N° Centro di costo 582-585

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/09/2005 Comodante: A.I.L. ONUS S.P.A. DI PESARO

DESCRIZIONE BENE: N° 2 RADIO MANCIANASSU'

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): UNITED PUCRC 5352

Costruttore: ~~GAUNDIS~~

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche):

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.)

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____

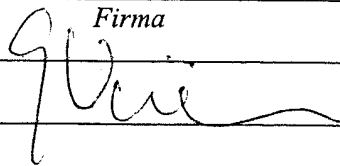
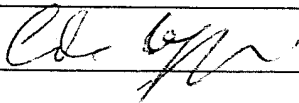
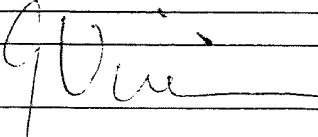
Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc. _____

AD ANNIETARE LA DEGENZA DEI PAZIENTI ~~DEGENZA~~

<i>Parere</i>	<i>Firma</i>	<i>Data Ricevimento</i>	<i>Data trasmissione</i>
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.05	
IL DIRETTORE Medico del Presidio			
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA			
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO		25.07.05	
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
IL RESPONSABILE DELLA U.O.		19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

AL. n. 8

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA
 DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____
 Denominazione e N° Centro di costo 582 - 585

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/07/2005 Comodante: A.I.L. ONLUS SEZ. DI PESARO

DESCRIZIONE BENE: N° 4 TV

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): CB 15N M2 T

Costruttore: SANSUNG

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche):

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.)

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva):

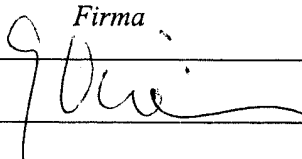
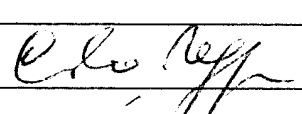
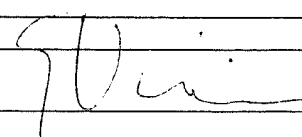
Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc. _____

AD ACQUIETARE LA PERMANENZA IN OSPEDALE DEI
PAZIENTI DEGENTI

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.05	
IL DIRETTORE Medico del Presidio			
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA			
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO		25.07.05	
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
IL RESPONSABILE DELLA U.O.		19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e ~~CONTO VISIONE~~

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA

DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____

Denominazione e N° Centro di costo 582

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/09/2005

Comodante: A.I.L. CIVUS SpA. di PESARO

DESCRIZIONE BENE: N° 7 PIANTANE

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): LIFECARE QUAD SSANO SU RUOTE

Costruttore: LIFECARE

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche): _____

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.)

PAU DOPPO N° INVENTARIO 61126

59450

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione, quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____

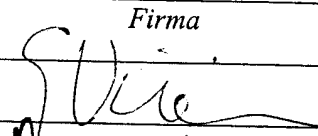
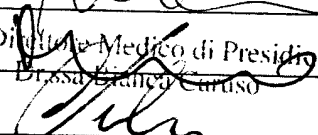
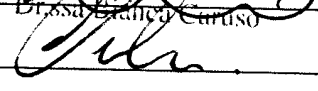
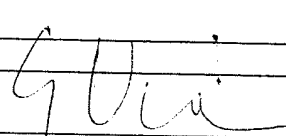
Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc. _____

SUPPLEMENTI INDISPENSABILI PER ~~EFFE~~
LA SOMMINISTRAZIONE DELLE FLEBO ENDOVENA

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
II DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.05	
II DIRETTORE Medico del Presidio	Il Direttore Medico di Presidio  D.ssa Bianca Caruso	28 LUG. 2005	28 LUG. 2005
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA		29.07.05	27.07.05
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO			
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
II RESPONSABILE DELLA U.O.		19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA
 DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____

Denominazione e N° Centro di costo 585

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/04/2005 Comodante: A.I.L. ONUS OFF. DI PESARO

DESCRIZIONE BENE: M 1 SATURIMETRO

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): _____

Costruttore: DATA MORETTI

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche): _____

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.)

ALTRI 2 SATURIMETRI ROSSO NELL'USO PULITAN BENNET

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____

Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc. _____

AULA RILEVAZIONE STATO DI OSSIGENAZIONE
PERIFERICA

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.2005	
IL DIRETTORE Medico del Presidio	Il Direttore Medico di Presidio <i>[Signature]</i>	12.8.LUG. 2005	
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA	<i>[Signature]</i>	27.07.05	27.07.05
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO			
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
IL RESPONSABILE DELLA U.O.	<i>[Signature]</i>	19.07.2005	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____

Denominazione e N° Centro di costo 585

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/07/2005 Comodante: ALL ONUS S.P.A. DI PESARO

DESCRIZIONE BENE: N 2 CARROZZINE PIEGHEVOLI

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): _____

Costruttore: BATA OSD

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche): _____

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.) _____

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____

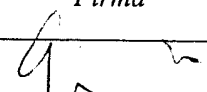
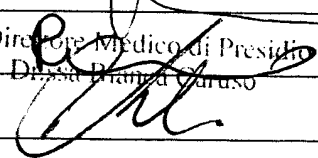
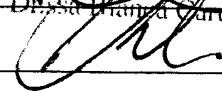

Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc. _____

TRASPORTO PAZIENTI

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.05	
IL DIRETTORE Medico del Presidio	Il Direttore Medico di Presidio  Dott. Gianfranco Varuso	12.8.2005	12.8.2005
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA		27.07.05	27.07.05
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO			
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
IL RESPONSABILE DELLA U.O.		19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE EMATOLOGIA
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____
Denominazione e N° Centro di costo 585

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/07/2005 Comodante: A.I.L. ONUS OF. DI PESARO

DESCRIZIONE BENE: N° 2 DEAMBULATORI RECHEVOLI

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): _____

Costruttore: DITA MORETTI

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche): _____

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.)

ESISTONO ALTRI DUE DEAMBULATORI N° INVENTARIO 22399
N° INVENTARIO 5191 (DITA GIRALBIN
C.C. SNC)

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____


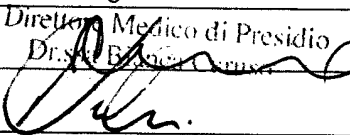
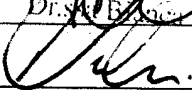
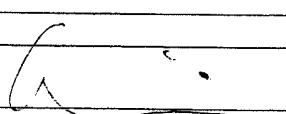
Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc.

PRESTAZIONE UTILE PER LA FISIOTERAPIA DEI PAZIENTI
 SUPPORTO PER PAZIENTI CON DIFFICOLTA' DESTABILIZZAZIONE
 CHE NECESSITANO DI CAMMINARE.

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
II DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.05	
II DIRETTORE Medico del Presidio	II Direttore Medico di Presidio Dr. S. B. 	12.8 LUG. 2005	
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA		27.07.05	27.07.05
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO			
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
II RESPONSABILE DELLA U.O.		19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE	EMATOLOGIA
DIPARTIMENTO	ONCO-EMATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____
Denominazione e N° Centro di costo 585

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data: 19/04/2005 Comodante: All ONCOS DEF. DI PESARO

DESCRIZIONE BENE: MIF ALZA WC

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): _____

Costruttore: BITO OSD

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche): _____

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: /

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.) _____

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: /

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____

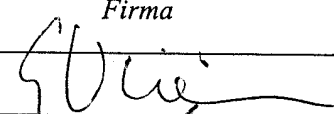
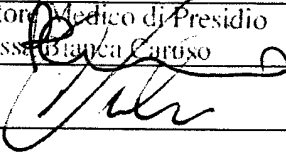
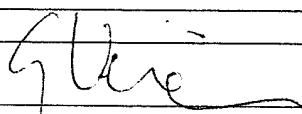
Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: /

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: /

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc. _____

FAVORISCE UNA POSIZIONE ANATOMICA PIU' IDONEA
PER I BISOGNI FIOLOGICI.

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
II DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.05	
II DIRETTORE Medico del Presidio	Il Direttore Medico di Presidio D.ssa Bianca Caruso	28 LUG. 2005	
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA		27.07.05	27.07.05
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO			
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO			
II RESPONSABILE DELLA U.O.		19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).

su. n. 13

Modulo

ISTRUTTORIA DI COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

REPARTO/SERVIZIO PROPONENTE	EMATOLOGIA
DIPARTIMENTO	ONCO-EMATOLOGICO

Denominazione e N° Centro Responsabilità _____

Denominazione e N° Centro di costo SCUOLA IN OSPEDALE

DATI RELATIVI AL COMODATO D'USO e CONTO VISIONE

Data : 19/07/2005 Comodante: A.I.L. ONLUS PESARO

DESCRIZIONE BENE: N° ARMOIO SICUREZZA

Modello (ovvero attrezzatura da acquisire): _____

Costruttore: DITA CONFORTI

Eventuali Costi di installazione (con particolare riferimento alla necessità di eventuali opere edili ed impiantistiche): _____

Compatibilità con altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione: _____

Presenza di altre attrezzature presenti nella U.O. (dettaglio analitico: anno d'acquisto, tipo, marca, modello, ecc.)

Necessità di ulteriori attrezzature per il funzionamento: _____

Dettaglio dei materiali di consumo eventualmente necessari per il funzionamento e Stima valore economico annuo (precisazione: quali e quantitativa e se trattasi di materiale di consumo di produzione esclusiva): _____

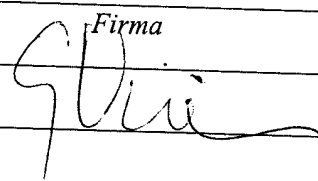
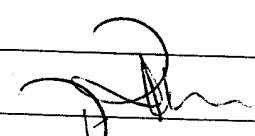
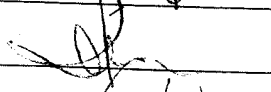
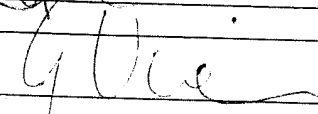
Stima costi annui per l'eventuale manutenzione: _____

Necessità di personale e/o formazione specifica per il funzionamento e costi conseguenti: _____

RELAZIONE PROPOSITIVA

Utilità del bene in ordine all'attività cui è destinata, finalità, impatto sull'organizzazione, miglioramenti delle performances, risultati attesi, ecc. _____

CONSERVAZIONE SOTTO CHIAVE DEL MATERIALE
BIDATTICO.

Parere	Firma	Data Ricevimento	Data trasmissione
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO		19.07.05	
IL DIRETTORE Medico del Presidio			
IL RESPONSABILE DELLA FISICA MEDICA			
IL RESPONSABILE DEL Servizio INFORMATICO		25.07.05	
IL RESPONSABILE DEL Servizio TECNICO		25.07.05	
IL RESPONSABILE DELLA U.O.		19.07.05	

NB: La richiesta deve essere compilata in ogni parte e trasmessa alla U.O. Economato/Provveditorato per l'accettazione dei comodati d'uso di beni, alla Direzione Medica di Presidio per l'accettazione dei conto visione e alla U.O. Patrimonio per l'accettazione dei comodati d'uso di immobili che provvederanno ad effettuare l'istruttoria e predisporre la determina di accettazione (ad esclusione dei conto visione).