



Azienda Ospedaliero
Universitaria Sassari



Procedura per la
Visione/Prova delle Apparecchiature
Elettromedicali

Direzione Medica di
Presidio

MODELLO A

- RICHIESTA DI VISIONE/PROVA -

Alla Direzione Medica di Presidio

Unità Operativa _____ Responsabile _____

Dati apparecchiatura in visione/prova

Tipo _____ marca _____ modello _____

Fornitore _____ Durata Visione/Prova gg _____ (max 30 gg)

Motivazioni della Visione/Prova

Materiale di consumo si no Tipologia _____

Si dichiara:

- che nessun onere ricade sulla Asl (**incluso il materiale di consumo**)
- di concordare col fornitore modalità, tempi di consegna e ritiro al rilascio delle autorizzazione previste dal regolamento in essere
- di aver informato il Fornitore che l'utilizzo dell'elettromedicale è subordinato al rilascio dell'autorizzazione della Direzione di Presidio
- di vigilare affinché tutto il personale utilizzatore venga adeguatamente addestrato al corretto impiego dell'apparecchiatura
- di redigere apposita relazione contenente un giudizio tecnico-clinico

Sassari _____

Il Responsabile Unità Operativa

timbro e firma

Nulla-osta

Il Responsabile dell'Ingegneria Clinica
Ing. Giorgio Maida

Nulla-osta

Il Responsabile Fisica Sanitaria
Dott. Piergiorgio Marini

Si autorizza l'utilizzo in Visione/Prova
dell'apparecchiatura

Il Direttore Medico di Presidio
Prof. Paolo Castiglia