

**PARERI SU PROPOSTA DI PROVA-VISIONE DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO
DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO**

DESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO DIAGNOSTICO IN VITRO

SOGGETTO PROPRIETARIO DEL IDV

UTILITA' DELLA PROVA/VISIONE RISPETTO AGLI OBIETTIVI DEL DIPARTIMENTO (progetto clinico/sanitario)

STRUTTURA ASSEGNATARIA DELLA PROVA/VISIONE

Necessità che la Ditta fornitrice provveda ad una specifica attività di formazione sulle funzionalità dell'apparecchio	SI	NO
--	-----------	-----------

VALUTAZIONE DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO

Esaminati anche i carichi e la tipologia di lavoro previsto per l' utilizzo del bene in oggetto, si esprime il seguente parere:

Favorevole Non favorevole per i seguenti motivi _____

Direttore Dipartimento Medicina di Laboratorio

Timbro e firma leggibile

Data: _____

Necessità di coinvolgere l' AREA TECNICA poiché il bene richiede una installazione con esecuzione di opere impiantistiche e/o strutturali	SI	NO
--	-----------	-----------

Esaminato l'eventuale progetto di adeguamento (e di successivo ripristino), viste le caratteristiche tecniche necessarie al funzionamento, i locali oggetto di installazione e gli impianti connessi, si esprime il seguente parere:

Favorevole Non favorevole per i seguenti motivi _____

Direttore Area del Dip. AT - Zona Territoriale di

Timbro e firma leggibile

Data: _____

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Prova-visione Dispositivi Diagnostici in vitro	All. 2c PA.DS .01	n. 0	2 di 2

Necessità di coinvolgere le TECNOLOGIE SANITARIE di ESTAR per valutazione	SI	NO
<p>Dalle risultanze della documentazione tecnica presentata e , la Relazione progettuale d'installazione della ditta, le Tecnologie Sanitarie esprimono il seguente parere:</p> <p><input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole per i seguenti motivi _____</p> <p style="text-align: right;">Direttore Tecnologie Sanitarie</p> <p style="text-align: right;">_____ Timbro e firma leggibile</p> <p>Data: _____</p>		

Necessità di coinvolgere la U.O. SePP per valutazione	SI	NO
<p>Dalle risultanze della documentazione tecnica presentata, la U.O. SePP esprime il seguente parere:</p> <p><input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole per i seguenti motivi _____</p> <p style="text-align: right;">Direttore UO SePP</p> <p style="text-align: right;">_____ Timbro e firma leggibile</p> <p>Data: _____</p>		

VALUTAZIONE U.O. ECONOMATO
<p>Dalle risultanze della documentazione presentata, la UO Economato esprime il seguente parere:</p> <p><input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole per i seguenti motivi _____</p> <p style="text-align: right;">Direttore U.O. Economato.</p> <p style="text-align: right;">_____ Timbro e firma leggibile</p> <p>Data: _____</p>

AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO
<p>Considerate le caratteristiche del progetto clinico/sanitario, esaminate le informazioni pervenute dal Direttore del Dipartimento e acquisiti i pareri positivi dei servizi tecnici aziendali competenti</p> <p><input type="checkbox"/> autorizza <input type="checkbox"/> non autorizza</p> <p style="text-align: right;">IL Direttore Sanitario</p> <p style="text-align: right;">_____ Timbro e firma leggibile</p> <p>Data: _____</p>