



SCHEDA TECNICA del BENE in VISIONE-PROVA - Sez. "A"

TIPO DI APPARECCHIATURA:	Cod. CIVAB / CND:
MODELLO:	S/N: ANNO Omologaz.:
DITTA PRODUTTRICE:	DITTA FORNITRICE:
CLASSIFICAZIONE: <input type="checkbox"/> Elettromedicina <input type="checkbox"/> Bioimmagini <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Elettrico / Meccanico <input type="checkbox"/> Software <input type="checkbox"/> Altro:	

DATI GENERALI

ARTICOLO: SINGOLO PRINCIPALE COMPONENTE di ID SIC: ACCESSORIO di ID SIC:

MOBILITA' APPARECCHIO: FISSO CARRELLATO TRASPORTABILE PORTATILE

INGOMBRO: dimensioni ingombro (L; A; P): mm PESO: kg

SOFTWARE: Embedded: Vers.: Stand-Alone: Vers.:; S.O.:
 in PC / Server connesso alla rete dati - ID SIC: Vers.:; S.O.: Nessuno Non Appl.

DATI DEL PAZIENTE TRATTATI: IDENTIFICATIVI PERSONALI SENSIBILI GENETICI Non Appl.

MANUALE D'USO: Lingua ITALIANO: PRESENTE: Copia cartacea Form. Elettronico ASSENTE⁽¹⁾

MANUALE TECNICO: Lingua PRESENTE: Copia cartacea Form. Elettronico ASSENTE⁽¹⁾

SCHEMI TECNICI: ELETTRICI e/o MECCANICI: PRESENTE: Copia cartacea Form. Elettronico ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

DATI TECNICI

ALIMENTAZIONE Primaria: CONTINUA MONOFASE TRIFASE TENSIONE: V FREQUENZA: Hz

ALIMENTAZIONE Soccorso: BATTERIA INTERNA: V BATTERIA ESTERNA: V Nessuna PARTI APPL.: Si - n. ... No

CLASSE (Dir. 1993/42/CEE): I IIa IIb III S.E.I. Non Appl. TIPO (CEI EN 60601-1): B BF CF Non Appl.

CORRENTE MAX ASSORBITA: A Non Appl. TIPO ENERGIA EMESSA: Non Appl.

RANGE TEMPERATURA OPERATIVA: min: °C - max: °C Non Appl. CALORE EMESSO: BTU Non Appl.

IMPIANTI AUSILIARI NECESSARI (acqua, gas, medicali, vapore, etc): Si - Tipo: Nessuno

ALTRI IMPIANTI UTILI PER CORRETTA INSTALLAZIONE:

ACCESSORI e/o MATERIALE di CONSUMO: Sì, non esclusivo Sì, in esclusiva: Ditta Nessuno
se Sì, descrizione (Prodotto; Q.tà/anno): - All.

SOSTANZE NOCIVE UTILIZZATE dal Bene (Direttiva 1991/155/CE): Schede di sicurezza - All.

SOSTANZE NOCIVE PRODOTTE dal Bene (Direttiva 1991/155/CE): Schede di sicurezza - All.

POSSIBILI INTERAZIONI PERICOLOSE con altri Beni: - All.

CERTIFICAZIONI

CONFORMITA' Direttiva 1993/42/CEE (Dispositivi Medici): PRESENTE - All. ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

CONFORMITA' Direttiva 1998/79/CEE (I.V.D.): PRESENTE - All. ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

CONFORMITA' Direttiva 1989/336/CEE (Compatibilità Elettromagnetica): PRESENTE - All. ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

CONFORMITA' Direttiva 1973/23/CEE (Bassa Tensione): PRESENTE - All. ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

CONFORMITA' Direttiva 1999/92/CEE (Atmosfere Esplosive): PRESENTE - All. ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

CONFORMITA' Direttiva: PRESENTE - All. ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

CONFORMITA' D.Lgs. 196/2003 (All. B) s.m.i. - se tratta DATI SENSIBILI/GENETICI: PRESENTE - All. ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

NORME CEI APPLICABILI: GENERALI PARTICOLARI

MARCHI DI QUALITA': IMQ TUV VDE ALTRI - All. Nessuno

PROCEDURE

PIANO MANUTENZ. PREVENTIVA: PRESENTE: FREQ. / anni - All. Form. Elettronico ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

PROCED. MANUTENZ. PREVENTIVA: PRESENTE: Copia cartacea - All. Form. Elettronico ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

PROCED. MANUTENZ. ORDINARIA: PRESENTE: Copia cartacea - All. Form. Elettronico ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

PROCED. VERIFICA FUNZIONAM.: PRESENTE: Copia cartacea - All. Form. Elettronico ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

PROCED. SICUREZZA ELETTRICA: PRESENTE: Copia cartacea - All. Form. Elettronico ASSENTE⁽¹⁾ Non Appl.

PROCED. SICUREZZA MECCANICA: PRESENTE: Copia cartacea - All. Form. Elettronico Non Appl.

PROPONENTE
NOME TIMBRO E FIRMA

PARTE RISERVATA AD A.O.U.C. AVP / 20..... /
Dalla UOTS è stata acquisita, accertando eventuali "Non Conformità", la presente documentazione come dichiarazione delle caratteristiche tecnico/funzionali del Bene oggetto del periodo di visione-prova.

NON CONFORMITA' ⁽¹⁾

TECNOLOGIE SANITARIE
NOME TIMBRO E FIRMA

DATA di CONSEGNA:

(1) Riportare nella sezione "Non Conformità" le motivazioni delle voci indicate con esito ASSENTE.



PROPOSTA di VISIONE-PROVA per un BENE - Sez. "B"

Dati della Azienda Proponente (di seguito Proponente)		
Denominaz.:	P.IVA/C.F.:	
Indirizzo:	Città:	
Referente:	Tel.:	Fax:

Il Proponente propone alla Azienda Ospedaliero-Universitaria "Careggi" (di seguito AOUC) di avviare un periodo di visione-prova della sotto-indicata apparecchiatura/sistema/dispositivo, secondo quanto stabilito e regolato dalla L.R.T. n.40/2005 art.119, per una durata di gg. ⁽²⁾.

Dati di Apparecchiatura / Sistema / Dispositivo (di seguito Bene)	
Modello:	Produttore:
Utilizzo:	
S/N:	Cod. CIVAB / CND:
Anno Produzione:	Valore del Bene: Euro
Apparecchio ⁽³⁾ : <input type="radio"/> Emissivo <input type="radio"/> Laser <input type="radio"/> Complesso <input type="radio"/> Semplice	
Impianto ⁽⁴⁾ : <input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Dedicato per: <input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Calore <input type="checkbox"/> Altro: - All.	

Il Proponente dichiara di **accettare le seguenti condizioni:**

- la durata della visione-prova **non eccederà il periodo definito** di seguito nel presente documento;
- **prima** dell'inizio del periodo di visione-prova il Bene deve essere obbligatoriamente sottoposto, come da procedure aziendali, a controlli inerenti documentazione, certificazioni, caratteristiche tecniche, e a verifiche inerenti sicurezza elettrica, funzionamento e protezioni realizzate dalle diverse Strutture dell'AOUC, secondo competenza;
- **prima** del termine del periodo di visione-prova deve inviare alla UO Tecnologie Sanitarie una comunicazione scritta, controfirmata dal Direttore SOD coinvolta, indicante la data di ritiro del Bene, affinché possa essere registrata la restituzione e sia predisposta la relativa bolla di trasporto in uscita;
- l'accettazione del Bene per questo periodo di visione-prova non sottintende, nel presente o nel futuro, alcun impegno da parte dell'AOUC di acquisto del Bene stesso;
- l'AOUC è sollevata da qualsiasi Responsabilità ed Onere, anche di ordine amministrativo/fiscale, derivante da furto o incendio del Bene;
- l'AOUC è sollevata da qualsiasi Responsabilità, anche Civile verso Terzi, derivante da danneggiamenti causati dal corretto utilizzo, da irregolarità di installazione, da guasti o malfunzionamenti del Bene.

Il Proponente **si impegna a sostenere**, durante tutto il periodo di visione-prova, **i costi** relativi a:

- esecuzione al fine di mantenere il Bene funzionante, efficiente, sicuro e a norma: manutenzioni correttive e preventive con formula Full-Risk (omnicomprensiva pezzi di ricambio), tarature, controlli di qualità, verifiche di sicurezza elettrica, tutte secondo quanto stabilito dal manuale service del Produttore;
- realizzazione di una **adeguata formazione e supporto agli operatori** per un uso efficace, corretto e sicuro del Bene, in particolare sulle funzionalità, sulla operatività e sulla manutenzione ordinaria, e di una **adeguata formazione ai tecnici** UO Tecnologie Sanitarie, in particolare su analisi e diagnostica tecnica;
- fornitura di tutti gli accessori, materiali d'uso e consumabili (compresi reagenti e/o i liquidi) necessari al corretto funzionamento del Bene (escluse le spese di energia elettrica, acqua, gas medicali);
- dotazione del personale aziendale di tutti i dispositivi di protezione individuale (DPI e/o DPC) necessari per un utilizzo "sicuro" del Bene e conformi ai criteri di sicurezza definiti da AOUC;
- trasporto, imballo e montaggio del Bene all'inizio del periodo, così come smontaggio, imballo, trasporto al termine della visione-prova;
- esecuzione, concordemente con AOUC, di adeguamenti relativi a locali e/o impianti ritenuti indispensabili per il corretto funzionamento del Bene e al successivo ripristino delle condizioni ambientali preesistenti;
- ripristino del corretto utilizzo e funzionamento del Bene per danneggiamenti causati a locali e/o impianti dell'AOUC derivanti da irregolarità di installazione, guasti o malfunzionamenti del Bene;
- qualsiasi altra necessità per l'utilizzo ed il funzionamento del Bene durante il periodo di visione-prova.

Il Proponente **allega la seguente documentazione:**

- **Scheda Tecnica del Bene** come da modulistica allegata;
- **Certificazioni e dichiarazioni di conformità alle Direttive CE**, alle norme di sicurezza ed alle specifiche normative applicabili al Bene e ad ogni suo componente;
- **Dichiarazione di singolarità** in cui il Produttore attesta che nessun apparecchio del modello del Bene in oggetto è mai stato utilizzato presso l'AOUC, anche con modalità differenti.
- **Caratteristiche tecniche** del Bene redatte dal Produttore, nelle quali si evidenziano dettagliatamente le necessità impiantistiche e ambientali necessari al funzionamento (dimensioni e peso, alimentazione elettrica, area operativa, impianto idrico, presenza gas medicali, temperatura locali, ricambi d'aria, etc);



- ◇ Per Bene di tipo "**Complesso**" o "**Laser**" o "**Emissivo**": **Requisiti impiantistici e ambientali** indispensabili per l'utilizzo del Bene nelle diverse modalità di funzionamento;
- ◇ Per Bene di tipo "**Emissivo**": **Caratteristiche di emissione** nelle varie modalità di funzionamento (in particolare devono essere fornite le curve di isodose);
- ◇ Per Bene che richiede un "Impianto **Standard**": **Dichiarazione di idoneità** di posizionamento, sicurezza e impianti presenti nei locali interessati dal funzionamento del Bene nelle diverse modalità;
- ◇ Per Bene che richiede un "Impianto **Dedicato**": **Progetto esecutivo**, da sottoporre ad approvazione di AOUC, per la predisposizione (ed il successivo ripristino alle preesistenti condizioni) di locali e/o impianti necessari per il corretto utilizzo del Bene nelle diverse modalità di funzionamento.

Il Proponente **presenterà la seguente documentazione** in sede di **Verifica di Ammissione**:

- Documentazione delle **Verifiche di Sicurezza Elettrica** eseguite al momento della consegna del Bene oppure eseguite entro, e non oltre, 5gg. precedenti al periodo di prova/visione;
- **Dichiarazione di rispondenza**, sottoscritta dal Produttore, in cui si attesta che il Bene soddisfa le norme e le leggi vigenti ed applicabili in materia (in particolare costruttive, di sicurezza elettrica);
- **Dichiarazione di avvenuta manutenzione programmata/correttiva** come previsto dal costruttore;
- **Documenti tecnici**, manuali d'uso (in italiano) e di servizio (in italiano/inglese), descrizione delle attività da eseguire come manutenzione ordinaria, il piano di manutenzione programmata;
- **Elenco degli accessori, materiali d'uso e consumabili** forniti gratuitamente dalla Società durante l'intero periodo del progetto;
- **Elenco dei rischi residui** da monitorare durante l'utilizzo del Bene e delle misure di prevenzione da adottare per i pazienti e gli operatori;
- **Dichiarazione di responsabilità**, la quale deve contenere precise indicazioni sulla assunzione da parte della Società in relazione alla Responsabilità Civile.

Per accettazione.

Rappresentante Azienda Proponente

Data

.....

(Timbro e firma leggibile)

(2) **Il periodo di visione-prova è di 60 gg. di "disponibilità"**, fatte salve particolari deroghe che prolungano la durata al **massimo a 90 gg.**, se motivate dal Direttore SOD/UO, avallate dal Direttore DAI ed autorizzate dalla Commissione Tecnica Unica di Valutazione.

(3) **Legenda "Apparecchio":**

Emissivo – Apparecchio il cui funzionamento è connesso all'emissione di radiazioni ionizzanti o alla medicina nucleare.

Laser – Apparecchio il cui funzionamento è connesso all'utilizzo di raggi laser.

Complesso – Apparecchio non Emissivo o Laser ma tecnologicamente e/o operativamente complesso tanto da richiedere alimentazioni dedicate e/o impianti specifici e/o procedure operative particolari e/o locali dedicati e/o ambienti differenti rispetto a quelli attualmente utilizzati dalla SOD.

Semplice – Apparecchio tecnologicamente e operativamente semplice (non Complesso o Laser o Emissivo).

(4) **Legenda "Impianto":**

Standard – Caratteristiche di impianti e locali AOUC: Alimentazione: monofase 220V – 16A; Peso: 130 kg/m²; Calore: 700 W.

Dedicato – Per il corretto funzionamento il Bene necessita di ambienti dedicati e/o di impianti differenti rispetto a quelli standard attualmente disponibili nell'AOUC, in particolare **Alimentazione, Peso, Calore, Altro** – allegando le caratteristiche che necessitano per il corretto funzionamento del Bene.



PARTE RISERVATA AD A.O.U.C.

AVP / 20..... /

VALUTAZIONI TECNICHE e di SICUREZZA - Sez."C"

In base alle informazioni e/o alle documentazioni fornite dalla Proponente e/o dalla SOD/UE coinvolta, alle caratteristiche tecniche del Bene, alle caratteristiche dei locali individuati per il progetto, le seguenti Strutture si esprimono in relazione alla proposta di visione-prova come segue:

Esaminati anche gli eventuali ambienti e/o impianti richiesti per l'utilizzo (anche analisi del progetto esecutivo per l'adeguamento dell'esistente), si **esprime parere:**

- POSITIVO POSITIVO, ma **con le prescrizioni/limitazioni** (relazione in allegato)
 NEGATIVO

Direttore UO Tecnologie Sanitarie

Data

.....

(Timbro e firma leggibile)

PARERE NECESSARIO perché il Bene proposto è "Complesso" o "Emissivo" o "Laser"

Esaminati anche la tipologia del lavoro previsto per l'utilizzo del Bene in oggetto si **esprime parere:**

- POSITIVO POSITIVO, ma **con le prescrizioni/limitazioni** (relazione in allegato)
 NEGATIVO

Direttore Serv. Sicurezza-Protezione-Prevenzione

Data

.....

(Timbro e firma leggibile)

PARERE NECESSARIO perché il Bene proposto è "Emissivo" o "Laser"

Esaminati anche i carichi di lavoro, la qualificazione professionale e le mansioni del personale addetto le informazioni ricevute dal Direttore DAI Diagnostica per Immagini, si **esprime parere:**

- POSITIVO POSITIVO, ma **con le prescrizioni/limitazioni** (relazione in allegato)
 NEGATIVO

Direttore SOD Fisica Sanitaria

Data

.....

(Timbro e firma leggibile)

◇ Per Bene "Emissivo": si allega il benessere preventivo ai sensi del D. Lgs. 230/95 e smi.

◇ Per Bene "Laser": si allega relazione dell'addetto alla sicurezza laser.

PARERE NECESSARIO perché il Bene proposto richiede un "Impianto Dedicato"

Esaminato anche l'eventuale progetto di adeguamento (e di successivo ripristino) degli ambienti identificati e/o degli impianti necessari per il corretto funzionamento, si **esprime parere:**

- POSITIVO POSITIVO, ma **con le prescrizioni/limitazioni** (relazione in allegato)
 NEGATIVO

Direttore Area Tecnica

Data

.....

(Timbro e firma leggibile)

Esaminata la documentazione tecnica e l'applicazione clinica della tecnologia in prova, si **esprime parere:**

- POSITIVO POSITIVO, ma **con le prescrizioni/limitazioni** (relazione in allegato)
 NEGATIVO

UO Innovaz. Tecnologica nelle Attività Clinico Assistenziali

Data

.....

(Timbro e firma leggibile)



AUTORIZZAZIONE alla VISIONE-PROVA - Sez. "D"

Considerate le caratteristiche del progetto clinico/sanitario, esaminate le informazioni dalla SOD/UO, preso atto del parere del Direttore DAI, acquisiti i pareri positivi delle Strutture aziendali competenti

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

l'adesione al progetto proposto, la **durata del periodo** di visione-prova di gg.⁽²⁾ e l'**utilizzo sui pazienti** del Bene dalla data del **Verbale di Ammissione**.

◇ Per Bene "Emissivo": sentito il Direttore DAI Diagnostica per Immagini, è stato individuato dr./prof. quale Resp. Impianto Radiologico ai sensi del D.Lgs. 187/00.

Presidente CTV

Data

.....

(Timbro e firma leggibile)

⇒ **In caso di esito positivo del Verbale di Ammissione: consegnare alla UO Tecnologie Sanitarie** il presente modulo, firmato e compilato in tutte le sue parti, e completo di tutti i documenti richiesti e degli eventuali relativi allegati.

Solo per un periodo di visione-prova superiore ai 5 gg.:

⇒ **Inviare copia a SOD Farmacia** (Piastra Servizi) come informativa sulla fornitura gratuita da parte della Società di tutti gli accessori, materiali d'uso e consumabili (compresi reagenti e/o liquidi) necessari al corretto funzionamento del Bene.

⇒ **Inviare copia a UO Patrimonio e Gare a gestione aziendale** (palazzina ex Lavanderia) al fine di registrare nel Libro delle Visioni/Prove l'Area di Attività a cui è assegnato il Bene, la data di ingresso e del successivo ritiro.



PARTE RISERVATA AD A.O.U.C.

AVP / 20..... /

VERBALE di AMMISSIONE del BENE – Sez. "E"

TIPO DI APPARECCHIATURA:	Cod. CIVAB / CND:
MODELLO:	ANNO di OMOLOGAZIONE:
S/N:	Identificativo SIC:
DITTA PRODUTTRICE:	DITTA FORNITRICE:
CLASSIFICAZIONE: <input type="radio"/> Elettromedicina <input type="radio"/> Bioimmagini <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Elettrico / Meccanico <input type="radio"/> Software <input type="radio"/> Altro:	
APPARECCHIO ⁽³⁾ : <input type="radio"/> Emissivo <input type="radio"/> Laser <input type="radio"/> Complesso <input type="radio"/> Semplice	
IMPIANTO ⁽⁴⁾ : <input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Dedicato per: <input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Calore <input type="checkbox"/> Altro: - All.	
BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO n° del/...../..... INTEGRITA' ESTERNA: <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No – All.....	
AREA DI ATTIVITÀ:	Cod. AdA: DAI:
UBICAZIONE (Edificio, padiglione, reparto, stanza):	

Il Proponente **allega la seguente documentazione** in sede di **Verifica di Ammissione**:

- Documentazione delle **Verifiche di Sicurezza Elettrica** eseguite al momento della consegna del Bene oppure eseguite entro, e non oltre, 5gg. precedenti al periodo di prova/visione (All.);
- **Certificazioni e dichiarazioni di conformità alle Direttive CE**, alle norme di sicurezza ed alle specifiche normative applicabili al Bene e ad ogni suo componente (All.);
- **Dichiarazione di singolarità** in cui il Produttore attesta che nessun apparecchio del modello del Bene in oggetto è mai stato utilizzato presso l'AOUC, anche con modalità differenti.

VERIFICHE TECNICHE

CORRETTO FUNZIONAMENTO - All.:	<input type="radio"/> POSITIVA	<input type="radio"/> RISERVA ⁽⁵⁾	<input type="radio"/> NEGATIVA ⁽⁶⁾	<input type="radio"/> Non Appl.
SICUREZZA ELETTRICA (CEI 62-5 / EN 60601-1) - All.:	<input type="radio"/> POSITIVA	<input type="radio"/> RISERVA ⁽⁵⁾	<input type="radio"/> NEGATIVA ⁽⁶⁾	<input type="radio"/> Non Appl.
SICUREZZA ELETTRICA (CEI 62-51 / EN 60601-1-1) - All.:	<input type="radio"/> POSITIVA	<input type="radio"/> RISERVA ⁽⁵⁾	<input type="radio"/> NEGATIVA ⁽⁶⁾	<input type="radio"/> Non Appl.
SICUREZZA ELETTRICA (CEI 66-5 / EN 61010-1) - All.:	<input type="radio"/> POSITIVA	<input type="radio"/> RISERVA ⁽⁵⁾	<input type="radio"/> NEGATIVA ⁽⁶⁾	<input type="radio"/> Non Appl.
SICUREZZA MECCANICA - All.:	<input type="radio"/> POSITIVA	<input type="radio"/> RISERVA ⁽⁵⁾	<input type="radio"/> NEGATIVA ⁽⁶⁾	<input type="radio"/> Non Appl.
Direttiva 2003/10/CE (Esposizione al Rumore) - All.:	<input type="radio"/> CONFORME	<input type="radio"/> RISERVA ⁽⁵⁾	<input type="radio"/> NEGATIVA ⁽⁶⁾	<input type="radio"/> Non Appl.
Dir. 2004/40/CE (Espos. Campi Elettromagnetici) - All.:	<input type="radio"/> CONFORME	<input type="radio"/> RISERVA ⁽⁵⁾	<input type="radio"/> NEGATIVA ⁽⁶⁾	<input type="radio"/> Non Appl.
Dir. 2002/44/CE (Espos. Vibrazioni Meccaniche) - All.:	<input type="radio"/> CONFORME	<input type="radio"/> RISERVA ⁽⁵⁾	<input type="radio"/> NEGATIVA ⁽⁶⁾	<input type="radio"/> Non Appl.
Dir. 1999/92/CE (Espos. Atmosfere Esplosive) - All.:	<input type="radio"/> CONFORME	<input type="radio"/> RISERVA ⁽⁵⁾	<input type="radio"/> NEGATIVA ⁽⁶⁾	<input type="radio"/> Non Appl.

Il Fornitore **attesta** quanto segue:

- ♦ Il Bene è esente da ogni tipologia di difetto di produzione, che esso risponde a tutte le normative di Legge vigenti o applicabili, anche in materia antinfortunistica (All.);
- ♦ Le condizioni ambientali (posizionamento, temperatura, areazione, umidità) e gli impianti elettrici e idrici allacciati sono conformi per un corretto e sicuro funzionamento del Bene;
- ♦ La regolare installazione del Bene secondo le specifiche tecniche del Produttore e le indicazioni della proposta.

RISERVE ⁽⁵⁾ / NON CONFORMITA' ⁽⁶⁾

.....
.....
.....

ESITO AMMISSIONE: POSITIVO POSITIVO CON RISERVA NEGATIVO (vedi "Non conformità")

Il presente documento è condiviso, approvato e sottoscritto dalle seguenti figure professionali per i rispettivi ruoli:

AZIENDA PROPONENTE
NOME TIMBRO E FIRMA

RESPONSABILE REPARTO
NOME TIMBRO E FIRMA



TECNOLOGIE SANITARIE
NOME TIMBRO E FIRMA

◇ Se Bene Emissivo: acquisito il VERBALE "PRIMA VERIFICA" (All.)

FISICA SANITARIA
NOME TIMBRO E FIRMA

Data Inizio Visione/Prova:	Data Fine Visione/Prova:
-----------------------------------	---------------------------------

(5) Riportare nella sezione "Riserva" le motivazioni delle voci indicate con esito RISERVA.

(6) Riportare nella sezione "Non Conformità" le motivazioni delle voci indicate con esito NEGATIVA.