

# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

(L.R.T. 24 febbraio 2005, n. 40)

Sede legale: Via Roma, 67 – 56126 PISA – Tel. 050996111

**Regione 090 - Azienda 901**

**Dipartimento Economico Finanziario**

*U.O. Servizi Tecnico Amministrativi DAI*

- Il modello andrà compilato digitalmente - Tutti i campi sono editabili e devono essere compilati obbligatoriamente – Una volta compilato il modello si prega di salvarlo ed inviarlo al seguente indirizzo di posta elettronica:

hwrichiasta@ao-pisa.toscana.it

**OGGETTO: MODELLO PER RICHIESTA Lettori Bar Code - Kit Cuffie, Webcam- (per richiesta altro Hardware fare riferimento al portale Metis Web Reparti)**

**Nome della UO / SD di Destinazione del Bene**

**Nome e Cognome del Direttore UO/SD**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**Descrizione del Bene**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Destinazione Presidio Centro di Costo/UDP**

**Edificio n°**

**Piano**

**Stanza**

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Nome Referente (coord./IFO/IFC)**

**Telefono referente**

**tel. breve/cell.**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**Ritiro FUORI USO**

|  |
|--|
|  |
|--|

**ALLEGARE eventuale DOC. FUORI USO (METIS)**

**Firma Il Direttore UO/SD**

Pisa li

|  |
|--|
|  |
|--|

**A Cura dell'Ufficio UO STADAI**

**Dominio Q.TA'**

**N° Ordine**

**Descrizione del bene**

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Firma del Direttore U.O. STADAI**

Pisa li

|  |
|--|
|  |
|--|

**Dott. Alberto Porcaro**