



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO**

* Prot. N. _____ del _____

All'U.O.C. Servizio Tecnico
Gestione Autoparco
Fax. n. 0922.407309
e-mail: autoparco@aspag.it

SEDE

* Unità Operativa richiedente _____ *sede di _____

Oggetto: Richiesta manutenzione automezzo marca _____ modello _____ targa _____.

*Il sottoscritto _____ Tel.¹ _____ Cell.¹ _____

e-mail _____ utilizzatore/autista/referente dell'automezzo indicato in oggetto assegnato all' Unità Operativa a margine segnata chiede l'intervento manutentivo per i seguenti difetti riscontrati/manutenzione periodica² _____

*attesta che in data odierna l'automezzo ha percorso complessivamente Km. _____.

* CAMPI OBBLIGATORI

¹ INDICARE NUMERI DI TELEFONO ATTIVI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DELLA DITTA.

² INDICARE SOMMARIAMENTE I DIFETTI RISCONTRATI O SE TRATTASI DI MANUTENZIONE PERIODICA IL TIPO (TAGLIANDO, REVISIONE, FRENI, ECC.).

N.B. compilare in ogni parte

Firma del richiedente
(Leggibile)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO GESTIONE AUTOPARCO

La Ditta GS SCIABICA MULTISERVICE è autorizzata ad eseguire il controllo sul predetto mezzo ed a inviare afferente preventivo di spesa riportando nello stesso il prezzo di listino dei materiali di ricambio e la scontistica offerta in sede di gara, nonché l'importo complessivo della manodopera ed il dettaglio orario della stessa. L'automezzo in oggetto si trova presso il _____
_____ del Comune di _____

Data _____

U.O.C. Servizio Tecnico
Gestione Autoparco
Il DEC