



Modello A

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO
UOC Servizio Tecnico - Gestione Manutenzione Automezzi**

* Prot. N._____ del_____

All’U.O.C. Servizio Tecnico
Ufficio Manutenzione Automezzi
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 RUP/Il DEC