



## 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.<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Cell.<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ 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 periodica<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

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

\* CAMPI OBBLIGATORI

<sup>1</sup> INDICARE NUMERI DI TELEFONO ATTIVI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DELLA DITTA.

<sup>2</sup> 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