

**Alla UOC Tecnica
ASL ROMA "5"
Via Acquaregna 1/15
00019 Tivoli**

OGGETTO: *richiesta autorizzazione all'installazione di strumentazione di proprietà personale per lo svolgimento dell'attività intramoenia*

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott. _____

matr. _____ Dirigente _____ in servizio presso

la UO _____

del Presidio Ospedaliero/Distretto di _____

in possesso della specializzazione in _____

CHIEDE

di essere autorizzato all'installazione ed utilizzo della sotto elencata strumentazione diagnostica, ai sensi e per i fini dell'art. 7, comma 2, del Regolamento Aziendale per l'Attività libero-professionale intramuraria:

Tipo Strumentazione	Marca e Modello	Dimensioni

In caso di autorizzazione concessa, il sottoscritto si impegna a trasmettere a codesta UO copia della polizza relativa all'assicurazione per infortuni e/o danni a cose e persone derivanti dal cattivo funzionamento della strumentazione indicata, preventivamente alla messa in posa.

Luogo e Data _____

IL PROFESSIONISTA
