



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

**UOC Servizio Tecnico - Area Servizi
Gestione Autoparco**

* Prot. N. _____ del _____

All'U.O.C. Servizio Tecnico
Gestione Autoparco
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 OFFICINA ALA MULTISERVICE DI VINCENZO ALA 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
II RUP/II DEC