



REGIONE SICILIANA
Azienda Ospedaliera
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
GARIBALDI
Catania

Prot. _____

Catania _____

Oggetto: **Richiesta verifica tecnica.**

Al Dirigente Responsabile
della società ALTHEA ITALIA S.P.A.
c/o laboratorio P.O. Garibaldi Nesima

Si richiede verifica tecnica per stabilire eventuale dichiarazione di **fuori uso** dei sotto elencati beni mobili Aziendali:

Inv. n° Tipologia bene:

Il Settore/ U.O. Richiedente
(Firma leggibile/Timbro)

Il numero di fax al quale inviare la richiesta di intervento è: 095 759 5254

