



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

Prot. _____

Catania _____

Oggetto: **Richiesta verifica tecnica.**

A: SETTORE TECNICO

c.a. Geom. P. Merlino per verifiche c/o P.O. Nesima Fax 5398

c.a. Geom. A. Maugeri per verifiche c/o P.O Centro Fax 4600

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

Inv. n° Tipologia bene:

Inv. n° Tipologia bene:

Inv. n° Tipologia bene:

Inv. n° Tipologia bene:

Inv. n° Tipologia bene:

Inv. n° Tipologia bene:

Inv. n° Tipologia bene:

Inv. n° Tipologia bene:

Inv. n° Tipologia bene:

Inv. n° Tipologia bene:

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

