

	<p>PROGETTO DELLA REGIONE LAZIO “FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON GRAVI PATOLOGIE NEUROMOTORIE” Azienda “Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri” www.sanfilipponeri.roma.it – segreteria.dsp@sanfilipponeri.roma.it Società Cooperativa Sociale “Centro per l’Autonomia” www.centroperlautonomia.it – comunicazione@centroperlautonomia.it</p>
<p>Modulo 7: Comunicazione avvenuta consegna, installazione, configurazione</p>	

Al centro per l’Autonomia
 Fax 0651883253

comunicazione@centroperlautonomia.it

All’Azienda “Complesso Ospedaliero San Filippo Neri – CA Dr. Manuel Festuccia
 Fax 06 33062813

m.festuccia@sanfilipponeri.roma.it

Si comunica che in data⁽⁴⁹⁾ _____ la ditta⁽⁵⁰⁾ _____
 Ha effettuato la consegna e terminato l’installazione e configurazione dei seguenti dispositivi

marca: ⁽⁴⁰⁾ _____	modello: ⁽⁴¹⁾ _____	
n° seriale: ⁽⁵¹⁾ _____	n° ident. ACOSFN ⁽⁴³⁾ _____	
n° ordine: ⁽⁵²⁾ _____	data ordine: ⁽⁵³⁾ _____	
Destinatario _____		
(nome) ⁽¹³⁾ _____		(cognome) ⁽¹⁴⁾ _____
Codice Fiscale ⁽²³⁾ _____		
marca: ⁽⁴⁰⁾ _____	modello: ⁽⁴¹⁾ _____	
n° seriale: ⁽⁵¹⁾ _____	n° ident. ACOSFN ⁽⁴³⁾ _____	
n° ordine: ⁽⁵²⁾ _____	data ordine: ⁽⁵³⁾ _____	
Destinatario _____		
(nome) ⁽¹³⁾ _____		(cognome) ⁽¹⁴⁾ _____
Codice Fiscale ⁽²³⁾ _____		
marca: ⁽⁴⁰⁾ _____	modello: ⁽⁴¹⁾ _____	
n° seriale: ⁽⁵¹⁾ _____	n° ident. ACOSFN ⁽⁴³⁾ _____	
n° ordine: ⁽⁵²⁾ _____	data ordine: ⁽⁵³⁾ _____	
Destinatario _____		
(nome) ⁽¹³⁾ _____		(cognome) ⁽¹⁴⁾ _____
Codice Fiscale ⁽²³⁾ _____		
marca: ⁽⁴⁰⁾ _____	modello: ⁽⁴¹⁾ _____	
n° seriale: ⁽⁵¹⁾ _____	n° ident. ACOSFN ⁽⁴³⁾ _____	
n° ordine: ⁽⁵²⁾ _____	data ordine: ⁽⁵³⁾ _____	
Destinatario _____		
(nome) ⁽¹³⁾ _____		(cognome) ⁽¹⁴⁾ _____
Codice Fiscale ⁽²³⁾ _____		

NB. Si dichiara con la presente che gli ausili installati sono perfettamente funzionanti e configurati per il paziente cui sono destinati

Data ⁽⁵⁴⁾ ____ / ____ / ____

Timbro e firma dell’installatore della ditta