





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<p style="text-align: center;"><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p style="text-align: center;"><b>Lo Specialista Prescrittore</b></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Data _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Azienda Fornitrice</b></p> <p style="text-align: center;">(Timbro)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p style="text-align: center;"><b>L'Assistito</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Data _____</p>
--	--	--

**Nota informativa**

L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato **entro xx giorni** dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico.

Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto dall'Allegato 12, art. 1, comma 13.

**I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.**

L'assistito \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_