|  |  |
| --- | --- |
| **MODULO RICHIESTA INTERVENTO**  **MANUTENZIONE STRAORDINARIA** | **U.O. Servizi Generali, Logistica, Sicurezza e ICT**  **Dipartimento di Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (Bi.N.D.)** |
| **Rev.1 del 01/11/2024** |
| **Pag. 1 di 1** |

Il/La sottoscritto/a ............................................................................................... in qualità di ................................................................... Plesso ....................................................   
Tel. Uff. ......................................................... e-mail .........................................................

Indirizzo ove effettuare l’intervento di manutenzione:

.......................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA INTERVENTO RICHIESTO** | **CARATTERE URGENZA** | **BREVE DESCRIZIONE DEL PROBLEMA** |
| **IMPIANTO IDRICO-SANITARIO** | **SI  NO** | ............................................................................................ |
| **IMPIANTO ELETTRICO** | **SI  NO** | ............................................................................................ |
| **IMPIANTO ILLUMINAZIONE** | **SI  NO** | ............................................................................................ |
| **IMPIANTO CLIMATIZZAZIONE** | **SI  NO** | ............................................................................................ |
| **IMPIANTO RISCALDAMENTO** | **SI  NO** | ............................................................................................ |
| **EDILE (**Muri, Pavimenti, Rivestimenti, etc.) | **SI  NO** | ............................................................................................ |
| **INFISSI E SERRAMENTI**  (Porte, Finestre, Tapparelle Avvolgibili) | **SI  NO** | ............................................................................................ |

**EVENTUALE ALTRA TIPOLOGIA INTERVENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **BREVE DESCRIZIONE** | ............................................................................................... |

Il giorno del sopralluogo/intervento sarà presente l’incaricato:

..................................................................................................................................................

Tel. Uff. ......................................................... e-mail .........................................................

**Palermo lì** ……………….…… .........................................................

**Firma del Richiedente**

**Palermo lì** ……………….…… .........................................................

**Firma del Responsabile del Plesso**