

	Modulo di richiesta motivata di guanti sintetici alternativi a nitrile per singolo operatore	Codice: MODFARM34
		Data: 26 luglio 2017
		Revisione: 0

RICHIESTA guanti sintetici alternativi al nitrile

Data _____

Presidio di Alba Bra

Reparto _____ cdc _____

Si richiede fornitura di guanti sintetici alternativi al nitrile per l'operatore
(nome e cognome) _____

Tipologia guanto		Misura	Quantità richiesta (n° guanti)
<input type="checkbox"/>	Guanti in neoprene		
<input type="checkbox"/>	Guanti sintetici senza polvere in _____		

*Si dichiara che il quantitativo richiesto soddisfa il fabbisogno presunto per
(specificare il periodo – max 30 giorni) _____*

Il coordinatore infermieristico

NOME E COGNOME _____

FIRMA _____