

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it  
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

**RICHIESTA ACQUISTO**

**U.O.:** \_\_\_\_\_  
**SEDE:** \_\_\_\_\_

Richiamato l'atto deliberativo n. \_ /DG del \_ di cui si dichiara di aver preso visione e di avere piena conoscenza

**1) CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL BENE RICHIESTO**

- farmaci
- reagenti
- dispositivi medici
- altro materiale sanitario
- materiali di consumo
- beni durevoli
- manutenzione

**2) BREVE DESCRIZIONE DEL BENE RICHIESTO**

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

[N.B. se trattasi di materiale di consumo, è necessario indicare l'apparecchiatura associata, il titolo in forza del quale quest'ultima abbia fatto ingresso in Azienda (acquisto, comodato d'uso, donazione ecc..) nonché il relativo atto aziendale di riferimento]

**3) L'ACQUISTO RIENTRA NELLA PIANIFICAZIONE BIENNALE  SI  NO  
-SE NO, MOTIVARE LA RICHIESTA DI ACQUISTO (\*)**

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

**4) L'ACQUISTO E' STATO AUTORIZZATO\* DALLA COMMISSIONE HTA  SI  NO  
\*(ove necessario)**

**5) SPECIFICARE SE TRATTASI DI BENE C.D. INFUNGIBILE AI SENSI DELLE  
LINEE GUIDA ANAC N. 8**

(N.B. in caso affermativo è necessario compilare e presentare unitamente al presente modulo l'allegato n. a)

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

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

**6) SPECIFICARE SE IL BENE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO E/O COMPONENTI AGGIUNTIVE (p.e. software ecc) PER IL FUNZIONAMENTO  SI  NO (N.B. in caso affermativo, è necessario individuare la tipologia e i quantitativi del materiale di consumo, stimati per l'intera durata del noleggio o, se trattasi di acquisto, almeno per un triennio)**

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

**7) INDICARE IL VALORE PRESUNTO DEL BENE (N.B. sia unitario che complessivo. Il valore complessivo deve essere comprensivo del costo degli eventuali consumabili e/o componenti aggiuntive necessari, stimati per l'intera durata del noleggio o, se trattasi di acquisto, almeno per un triennio)**

**VALORE UNITARIO:**

.....

**VALORE COMPLESSIVO:**

.....

**8) MODALITÀ PROPOSTA PER L' ACQUISIZIONE**

- Acquisto
- Service
- Comodato
- Noleggio
- Locazione
- Leasing

**9) ULTERIORI INFORMAZIONI**

**(indicazioni sulla manutenzione ordinaria e straordinaria da richiedere, disponibilità mezzi di ricambio, esigenze di addestramento del personale, ecc):**

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

**Data** ...../...../.....

**U.O.:** \_\_\_\_\_

**Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.** \_\_\_\_\_  
(in stampatello)

**Firma del Dirigente/Responsabile della U.O.** \_\_\_\_\_  
(leggibile con timbro)

N.O. Direttore Sanitario ove previsto (\*): data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

**N.B.:**

-il presente modulo deve essere presentato esclusivamente a firma del Direttore/Dirigente della U.O. richiedente

-il presente modulo deve essere inviato esclusivamente alla casella di posta [abs@asl.rieti.it](mailto:abs@asl.rieti.it)

-le richieste pervenute con modalità diverse da quelle sopra descritte non saranno prese in considerazione

(\* ) gli acquisti non previsti nella pianificazione biennale necessitano del n.o. del Direttore Sanitario

**Spazio ad uso della UOC ALBS**

Non si autorizza

Motivazione della mancata autorizzazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Direttore/Responsabile \_\_\_\_\_

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it  
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

**RICHIESTA ACQUISTO BENE INFUNGIBILE (ALL. A)**

**U.O.:** \_\_\_\_\_

**SEDE:** \_\_\_\_\_

**Nel rispetto di quanto previsto dalle linee guida ANAC n. 8 che si dichiara di aver letto e di cui si dichiara di avere piena conoscenza**

**CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL BENE RICHIESTO**

- farmaci
- reagenti
- dispositivi medici
- altro materiale sanitario
- materiali di consumo
- beni durevoli
- manutenzione

**DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL BENE RICHIESTO**

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

**BREVE MOTIVAZIONE DELL'INFUNGIBILITA'**

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

Si allega alla presente richiesta una relazione in merito alle ragioni di natura tecnica, correlate ad indicazioni di natura diagnostico e terapeutica e di risultato, che giustificano la dichiarazione di infungibilità.

Si allega alla presente richiesta una relazione in merito alle ragioni di rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti nel caso in cui l'impiego di altre apparecchiature simili comporti incompatibilità o difficoltà/rischi tecnici sproporzionati che giustificano la dichiarazione di infungibilità.

I sottoscritti dichiarano:

- che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate non sono disponibili alternative con altre apparecchiature o materiali di consumo correlati, che garantiscano soluzioni equivalenti;

- di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee;
- di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/12/2000, n.445 "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso".
- di "essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale" causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/Mercato Elettronico/Consip.

**Data** \_\_\_\_\_

**U.O.:** \_\_\_\_\_

**Nome e cognome del Clinico Utilizzatore della U.O.** \_\_\_\_\_  
(in stampatello)

**Firma del Clinico Utilizzatore U.O.** \_\_\_\_\_  
(leggibile con timbro)

**U.O.:** \_\_\_\_\_

**Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.** \_\_\_\_\_  
(in stampatello)

**Firma del Dirigente/Responsabile della U.O.** \_\_\_\_\_  
(leggibile con timbro)