



ALLEGATO 1



AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

### RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O. RICHIEDENTE: LABORATORIO ANALISI  
SEDE: P.O. SAN CARLO DE LELLIS

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

#### 1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

.....  
..... 3 CONGELATORI -18°C / -22°C .....

**N.B.:** nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto e/o privativa industriale» (Anac - Linee Guida Procedure negoziali n. 10.2016) o di bene "infungibile", ovvero «mancanza di una alternativa diagnostica e/o terapeutica» (Anac Linee Guida Servizi e forniture infungibili n. 8.2018) si chiede di predisporre la documentazione attestante la casistica specifica e la denominazione del Fornitore.

#### 2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: .....

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO  SI  NO

#### 4- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNUI DEL MATERIALE DI CONSUMO

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

5- **NECESSITA' DI LAVORI EDILI/IMPIANTISTICI O INFORMATICI** parere di massima

- SI  
 NO

6- **MODALITÀ PROPOSTA PER L' ACQUISIZIONE**

- Acquisto       Service/Comodato       Noleggio/Locazione/Leasing  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

7- **LA TECNOLOGIA RICHIESTA RIENTRA NELLA SEGUENTE FATTISPECIE:**

**INNOVAZIONE** (*trattasi di una apparecchiatura non presente nella mia Unità Operativa*) in tal caso esplicitare con una relazione descrittiva l'efficacia clinica, l'appropriatezza della metodica, gli impatti sugli esiti e sui volumi tenuto conto dell'attuale disponibilità di personale, nonché l'eventuale esigenza di formazione

**POTENZIAMENTO** (*trattasi di una apparecchiatura che consente un incremento di attività e/o un miglioramento della qualità*) in tal specificare l'ambito:

**INTEGRAZIONE TECNOLOGICA** (*apparecchiatura/tecnologia già presente in azienda, ma in numero considerato non congruo rispetto alla domanda*) in tal caso indicare il numero delle apparecchiature presenti, la loro collocazione, il numero di esami diagnostici effettuati nell'ultimo triennio:

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

**AGGIORNAMENTO DELLA TECNOLOGIA IN USO** (*up-grade*):

**ADEGUAMENTO A NUOVE NORMATIVE** (*in questo caso indicare i riferimenti normativi*):

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

**SOSTITUZIONE** (*trattasi di una apparecchiatura da sostituire*) specificare

Descrizione: \_\_\_\_\_ N° Inventario - ASL: \_\_\_\_\_

Produttore: \_\_\_\_\_ Fornitore: \_\_\_\_\_

Modello: \_\_\_\_\_ Collocazione: c/o \_\_\_\_\_



Motivazione della sostituzione:

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

8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

.....  
CONGELATORE -18°C / -22°C  
.....  
CAPACITA' 1000 lt  
.....  
DOPPIA ANTA  
.....  
6 RIPIANI

9- INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:

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

10- L'APPARECCHIATURA RICHIESTA RICHIEDE / NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA:

.....  
.....

Data 28.10.2022

U.O.: LABORATORIO ANALISI

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

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

VENARUBIA DIFFALO  
  
ASL RIETI

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore/Dirigente della U.O. richiedente e trasmesso al Direttore del Dipartimento/D.M.O./Distretto di appartenenza.