

Allegato "C"

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

**Al Direttore della UOSD  
Ingegneria Biomedica Clinica  
e HTA**

**RICHIESTA ACQUISTO**  
U.O.C./U.O.S.: \_\_\_\_\_  
Direttore \_\_\_\_\_  
SEDE: \_\_\_\_\_

**RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

**1. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE  
RICHIESTA**

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

**2. L'ACQUISTO RIENTRA NELLA PIANIFICAZIONE BIENNALE  SI  NO  
-SE NO, MOTIVARE LA RICHIESTA DI ACQUISTO  
(compilare solo per le richieste di acquisto di importo pari o superiore a € 40.000,00)**

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

[nel caso di esigenza sopraggiunta di richiesta di acquisto di importo pari o superiore a € 40.000,00, non inserita in pianificazione, vanno specificate le ragioni del mancato inserimento\*]

**3. 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 C1)**

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

**4. 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, al meno per un triennio)

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

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

SI  NO

**6. 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:**

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

**7. SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:**

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

**8. INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:**

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

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

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

**10. 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, al meno per un triennio)

**VALORE UNITARIO:**

.....  
**VALORE COMPLESSIVO:**  
.....

**11. MODALITÀ PROPOSTA PER L'ACQUISIZIONE**

- Acquisto**
- Service**
- Comodato**
- Noleggjo**
- Locazione**
- Leasing**

**12. ULTERIORI INFORMAZIONI**

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

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

Data...../...../.....

**U.O.C./ U.O.S.D./U.O.S.** \_\_\_\_\_

**Direttore della U.O.C./U.O.S.**

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ (in stampatello)

**Firma del Dirigente/Responsabile della U.O.** \_\_\_\_\_

(leggibile con timbro)

**N.O. DIRETTE DEL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O. :** \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_ (in stampatello)

**Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.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 a mezzo protocollo informatico.

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

**AZIENDA SANITARIA LOCALI 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.C1)**

**U.O.C./U.O.S.D./U.O.S.:** \_\_\_\_\_

**Direttore** \_\_\_\_\_

**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**

**RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

**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.76DPR28/12/2000, 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/MercatoElettronico/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)

**DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O. :** \_\_\_\_\_

**Nome e cognome** \_\_\_\_\_ **(in stampatello)**

**Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.**

\_\_\_\_\_  
(leggibile con timbro)