

Allegato “A”

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

**Al Direttore della
U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi**

RICHIESTA DI ACQUISTO
U.O.C./U.O.S.D./U.O.S.: _____
Direttore _____
SEDE: _____

1) CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL BENE RICHIESTO

- reagenti
- altro materiale sanitario (non dispositivo medico)
- materiali di consumo per apparecchiature elettromedicali
- beni economici (es. cancelleria)
- arredi sanitari e non
- servizi

2) PUNTUALE DESCRIZIONE DEL BENE/SERVIZIO RICHIESTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[- se trattasi di materiale di consumo, è necessario indicare l'apparecchiatura associata con specifico riferimento alla marca al modello ed al numero di inventario della stessa; - la descrizione del bene verrà riportata negli atti di gara e costituirà la base tecnica della procedura di scelta del contraente, la valutazione delle offerte avverrà sulla base delle caratteristiche indicate]

3) L'ACQUISTO RIENTRA NELLA PIANIFICAZIONE TRIENNALE: SI NO
- SE NO, MOTIVARE LA RICHIESTA DI ACQUISTO

[compilare solo per le richieste di acquisto di importo pari o superiore a € 140.000,00]

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

[nel caso di esigenza sopraggiunta di richiesta di acquisto di importo pari o superiore a € 140.000,00, non inserita in pianificazione, vanno specificate le ragioni del mancato inserimento*]

4) SPECIFICARE SE TRATTASI DI BENE C.D. INFUNGIBILE AI SENSI DELL'ART. 76, COMMA 2, LETT. B), N. 2, DEL D. LGS. N. 36/2023

[N.B. in caso affermativo è necessario compilare e presentare unitamente al presente modulo l'allegato A1]

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

5) 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]

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

6) 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:

.....

7) MODALITÀ PROPOSTA PER L'ACQUISIZIONE

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

8) ULTERIORI INFORMAZIONI

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

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

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

U.O.: _____

Direttore/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 tramite protocollo informatico;**
- **le richieste pervenute con modalità diverse da quelle sopra descritte non saranno prese in considerazione.**

Allegato “A1”

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

**Al Direttore della
U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi**

RICHIESTA DI ACQUISTO BENE INFUNGIBILE

U.O.C./U.O.S.D./U.O.S.: _____

Direttore _____

SEDE: _____

Nel rispetto di quanto previsto dall’art. 76, comma 2, lett. b), n. 2, del Codice, che si dichiara di aver letto e di cui si dichiara di avere piena conoscenza.

1) CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL BENE RICHIESTO

- reagenti
- altro materiale sanitario (non dispositivo medico)
- materiali di consumo per apparecchiature elettromedicali
- beni economici (es. cancelleria)
- arredi sanitari e non
- servizi

2) PUNTUALE DESCRIZIONE DEL BENE/SERVIZIO RICHIESTO

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

3) BREVE MOTIVAZIONE DELL’INFUNGIBILITÀ AI SENSI DELL’ART. 76, COMMA 2, LETT. B), N. 2, DEL D. LGS. N. 36/2023

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

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

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 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, *“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)