



Modulo n.3

MODULO PER LA RICHIESTA DI BENI MOBILI

Programmazione Anno _____

U.O.C. Richiedente:	Telefono :
Centro di Costo:	E-mail:
Responsabile:	Fax:
U.O.S. Richiedente:	Telefono :
Centro di Costo:	E-mail:
Responsabile:	Fax:

Tipo di acquisizione richiesta:

Apparecchiature sanitarie
 Arredi sanitari
 Arredi non sanitari
 Altri beni mobili
 Software

Descrizione acquisizione richiesta:

Quantità: _____

Costo unitario presunto (IVA inclusa): _____ €

La richiesta rientra in un intervento finanziato:

sì Specificare DGR/LR o determinazione regionale: _____
e il Codice Aziendale del Finanziamento: _____
no

Il bene richiesto è previsto tra i requisiti per l'accreditamento:

sì
no

Indicare, in riferimento a quanto richiesto, la dotazione attuale (Numero Inventario, marca, modello, ecc...)

Motivazione della richiesta:

Nuova Acquisizione

Sostituzione per motivi di:

sicurezza

adeguamento alla normativa (riportare di seguito il riferimento normativo)

funzionalità

aggiornamento tecnologico (up-grade)

obsolescenza tecnologica

Indicare gli anni di vita del bene _____

Segnalare se il bene può essere riallocato

sì (specificare se come riserva o in altra sede) _____

no

fuori uso

Indicare il n. di inventario del bene che sarà messo fuori uso _____

indisponibilità parti di ricambio

altro

Descrizione dettagliata della motivazione:

La tecnologia era già stata richiesta in precedenza ?

sì (specificare il Protocollo Nota Richiesta) _____

no

Livello di priorità della richiesta (*):

Alta

Media

Bassa

(*) Vedere: Capitolo 6 pag.13 Manuale Area Immobilizzazioni

IMPATTO STRATEGICO

Innovazione per l'azienda?

no

si

Se *si* indicare le motivazioni

IMPATTO ORGANIZZATIVO

Logistica

Intervento *	Descrizione
Totale	

* Es. necessità di spazi aggiuntivi, opere murarie, opere di cablaggio.

Materiale di consumo dedicato

Descrizione Materiale	Quantità annua
Totale	

Risorse Umane

Qualifica	Quantità
Totale	

ANAGRAFICA (facoltativa)

Tipo di dispositivo medicoDM (D.L.vo46/97) DMIA (D.L.von ° 507/92) DMDIV(D.L.von ° 332/00) **Classe di rischio (D.L.vo 46/97)**I II a II b III **Gruppo di appartenenza della Categoria Z *:**

Codice _____

Descrizione _____

* DM 22 settembre 2005 - Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND). (G.U. Serie Generale n. 286 del 9 dicembre 2005)**Documentazione da allegare:**

1. Scheda tecnica del bene richiesto;
2. Stato di dichiarazione di fuori uso;
3. Stato di dichiarazione di obsolescenza;
4. Relazione documentata per apparecchiature ad alta tecnologia di nuova adozione;
5. Altre informazioni ritenute utili dal richiedente.

Data _____

Firma Resp. U.O.S. Richiedente

Data _____

Firma Resp. U.O.C. Richiedente

Parere Resp.le Dipartimento/P.O./Distretto/Coordinatore Area di staff

 favorevole contrario**Motivazione del parere negativo**

Data _____

Firma Resp. Macrostruttura di riferimento

Data _____

Firma Commissione Tecnica Acquisto(*)
