



Modulo n.4

MODULO PER LA RICHIESTA DI ATTREZZATURA IN URGENZA

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:

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

Motivazione della richiesta:

Sostituzione per motivi di:

sicurezza

adeguamento alla normativa (riportare di seguito il riferimento normativo)

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

SEZIONI DA COMPILARE SOLO PER LE RICHIESTE DI APPARECHIATURE SANITARIE

ANAGRAFICA (facoltativa)

Tipo di dispositivo medico

DM (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
