



**Modulo n.3**  
**MODULO PER LA RICHIESTA DI TECNOLOGIA**

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
<b>Totale</b>	

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

### Materiale di consumo dedicato

Descrizione Materiale	Quantità annua
<b>Totale</b>	

### Risorse Umane

Qualifica	Quantità
<b>Totale</b>	

## 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