



**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  
\_\_\_\_\_