

MODULO PER LA RICHIESTA DI BENI MOBILI

Programmazione Anno _____

U.O.C. Richiedente:	Telefono:
Centro di Costo:	Email:
Responsabile:	Fax:
U.O.S. Richiedente:	Telefono:
Centro di Costo:	Email:
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: NO ___ SI ___

Specificare Finanziamento: _____

e Codice Aziendale del Finanziamento: _____

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

SI

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:

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

NO

Fuori uso indicare il n. di inventario del bene che sarà messo fuori uso o che è stato già dichiarato fuori uso: N. Inventario _____

Indisponibilità parti di ricambio

Dismissione indicare il n. e la data dell'atto deliberativo _____

Altro

Descrizione dettagliata della motivazione:

La tecnologia era già stata richiesta in precedenza?

SI (SPECIFICARE IL Protocollo Nota Richiesta) _____

NO

Livello di priorità della richiesta (vedere Manuale Area Immobilizzazioni cap.6):

Alta

Media

Bassa

IMPATTO STRATEGICO

Innovazione per l'azienda?

No

si

Se *si* indicare le motivazioni

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