|  |  |
| --- | --- |
| **Unità Operativa Richiedente** | **Dipartimento di afferenza della Unità Operativa richiedente** |
|  |  |
| **Tipologia Richiesta:** □ per piano dei fabbisogni biennale; □ acquisizione fuori dal piano dei fabbisogni | |
| **Descrizione del DM richiesto comprensiva di breve descrizione delle specifiche tecniche:** | **Motivazione della richiesta** |
| * Nuova acquisizione; |
| * Sostituzione DM esistente – nel caso indicare tipologia e numero di inventario   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Integrazione DM esistente – nel caso indicare tipologia e numero di inventario   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Aggiornamento tecnologico DM esistente – nel caso indicare tipologia e numero di inventario   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Quantità richiesta:** | * Integrazione DM esistente – nel caso indicare tipologia e numero di inventario   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Codice CND:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Il DM richiesto è**   * Monouso * Pluriuso * Combinazione di monouso e pluriuso (es. elettrobisturi + accessori)   **Il DM richiesto prevede l’acquisizione di materiale di consumo?**   * SI, indicare quantitativi necessari su base annuale per ogni tipologia di materiale:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * NO | **Il DM richiesto è dedicato per una determinata apparecchiatura aziendale?**   * SI, indicare nr. inventario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * NO   **Il DM richiesto è registrato per l’indicazione e per l’utilizzo proposto?**   * SI * NO   **Si allega una relazione di ulteriori motivazioni alla presente richiesta?**   * SI * NO   **Proposta di acquisizione**   * Acquisto * Service/Comodato/Noleggio/Leasing   **L’acquisizione del DM necessita di un training del personale specifico**:   * SI * NO   **La richiesta è urgente?**   * SI, indicare le motivazioni:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * NO |
| **Costo complessivo, comprensivo di eventuali consumabili per nr. \_\_\_\_\_\_ anni, del DM richiesto è di euro:** |
| **L’acquisizione del DM necessita** di lavori impiantistici, edilizi o di altra natura, o interfacciamento con applicativi informatici aziendali?   * SI, indicare quali:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * NO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Il DM richiesto è infungibile**   * SI * NO   **Produttore:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Distributore:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se “SI”, riportare i codici aziendali:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Se sì, il richiedente sottoscrive le seguenti dichiarazioni:**  **DICHIARAZIONE D’INFUNGIBILITA’:**  I sottoscritti (apporre firma leggibile) dichiarano che per le indicazioni tecniche, diagnostiche sopra specificate non sono disponibili alternative con altre apparecchiature equivalenti e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all’attestazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che ai sensi dell’art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n°445 <chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L’esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.  **DICHIARAZIONE DI CONFERMA DI ASSENZA DI CONFLITTO D’INTERESSI:**  I sottoscritti (apporre firma leggibile) dichiarano che non ricorre alcuna situazione di conflitto d’interessi e di essere informati che ai sensi dell’art. 76 d.P.R. 28 dicembre 2000 n°445 <chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L’esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso>. Ai sensi dell’art 42 del D. Lgs. 50/2016 si ha conflitto d’interessi quando chi interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, 62.   |  | | --- | | **In caso di richiesta di DM infungibile, riportare di seguito una dettagliata relazione di motivazioni:** | | |
| **Direttore/Responsabile U.O. Richiedente** | | **Direttore del Dipartimento** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Spazio riservato al parere tecnico della UOC Farmacia**  ***Sezione a cura del Farmacista istruttore***  **(qualora la richiesta preveda DM monouso o monopaziente):**   |  |  | | --- | --- | | **Il D.M. richieso è presente in Gara SoReSa/Consip:**   * SI * NO | **Se non acquistabile tramite gare centralizzate delle centrali d’acquisto, è stato inserito in capitolati di gara aziendali**   * SI * NO |   **Il D.M.richiesto rientra tra quelli previsti dal DPCM 24/12/2015: SI NO**    **Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Il Direttore UOC Farmacia:**  □ Parere Favorevole □ Parere non Favorevole    **Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **Spazio riservato al parere tecnico della UOC Ufficio Tecnico Patrimoniale ed ICT – Area Ingegneria Clinica**  **(qualora la richiesta preveda DM pluriuso):**  **Il Direttore UOC Ufficio Tecnico Patrimoniale ed ICT:**  □ Parere Favorevole □ Parere non Favorevole  **Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **Parere del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero**  **La richiesta necessita di un parere della Commissione Dispositivi Medici Aziendale?**  **(allegare modulo di richiesta di cui alla DG n.178 del 17.03.2021)**  □ SI □ NO  **La richiesta necessita di un parere della Commissione HTA Aziendale?**  **(allegare modulo di richiesta DG n. 498 del 18.10.2018)**  □ SI □ NO  **La richiesta necessita di un parere della Direzione Strategia/Direzione Sanitaria Aziendale?**  **(nel caso di richiesta fuori programmazione)**    □ SI □ NO  **Esito Finale Valutazione della Richiesta**  **□ Parere Favorevole □ Parere non Favorevole**  **Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Spazio riservato al Direttore U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi**  **(La richiesta necessita di un parere della Direzione Strategia/Direzione Sanitaria Aziendale?**  **(nel caso di richiesta fuori programmazione)**  □ SI □ NO |