|  |  |
| --- | --- |
| **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 |