**RICHIESTA ACQUISIZIONE FARMACI INFUNGIBILI (\*)**

**(\*) Allegare una breve relazione riportante riferimenti a linee guida/raccomandazione o altra documentazione a supporto della richiesta di infungibilità indispensabile per avviare le procedure di acquisto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dipartimento/S.C. Richiedente** |  |
| **Farmaco** |  |
| **Principio attivo** |  |
| **Indicazione** |  |
| **Dosaggio** |  |
| **Forma farmaceutica** |  |
| **A.T.C.** |  |
| **Numero pazienti da trattare** |  |
| **Fornitore** |  |
| **Spesa presunta** |  |
| **Codice Aziendale** |  |
| **Fabbisogno presunto annuo oppure una tantum:** | |
| **Urgente** □ SI □ NO | |
| **Secondo la farmacopea ufficiale, non sono disponibili farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile, fatte salve le variabilità individuali. (Allegare obbligatoriamente Relazione \*)** | |

|  |
| --- |
| **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  Data Il Direttore della S.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­  Data Il Direttore del Dipartimento Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **UOC Farmacia:**  ***Sezione a cura del Farmacista istruttore***  **Farmaco estero:** □ SI □ NO  **Il farmaco richieso è presente in Gara SoReSa/ Consip :** □ SI □ NO **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se non acquistabile tramite gare centralizzate, è stato inserito in capitolati di gara Aziendali :**  □ SI □ NO  **Se sì quale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Secondo la Banca dati Farmaci AIFA il farmaco richiesto è esclusivo:**  □ SI □ NO  **Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Autorizzazione a cura del Direttore UOC Farmacia titolare del Budget di spesa :**  □ AUTORIZZA □ NON AUTORIZZA  Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Parere: Favorevole** □  **Sfavorevole** □  Direttore Medico di Presidio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Area riservata all’ Economato**  Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Area riservata all’Direttore della S.C. Acquisizione Beni e Servizi**  Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |