

Tipologia Richiesta:
 Piano dei fabbisogni triennale con la seguente motivazione:

- Nuova acquisizione;
 Sostituzione DM esistente (indicare tipologia e numero di inventario): _____
 Integrazione DM esistente: _____
 Aggiornamento tecnologico DM esistente (indicare tipologia e numero di inventario): _____

 Fuori dal piano dei fabbisogni triennale con la seguente motivazione:

- Sostituzione DM esistente a seguito di fuori uso (indicare tipologia e numero di inventario): _____;
 Trattasi di materiali consumabili di apparecchiature già in dotazione (es. detergenti, cavi, innesti) e richiesti a seguito di eventi imprevedibili e non programmabili e/o correlati alle apparecchiature acquistate per sostituzione di fuori uso, come di seguito descritto:

 Trattasi di DM richiesto per il cui perseguimento di una progettualità per la quale già sussiste un formale atto programmatico della Direzione Strategica (allegare documentazione a comprova);
 Nessuna delle precedenti

Descrizione DM richiesto:

Costo complessivo, comprensivo di eventuali consumabili per n. ____ anni: _____ iva esclusa

Quantità:	Il DM richiesto è	Il DM richiesto è dedicato per una determinata apparecchiatura aziendale?
CND:	<input type="checkbox"/> Monouso <input type="checkbox"/> Pluriuso <input type="checkbox"/> Combinazione di monouso e pluriuso (es. elettrobisturi + accessori)	<input type="checkbox"/> SI, indicare nr. inventario: _____ <input type="checkbox"/> NO

Proposta di acquisizione

- Acquisto
 Service/Comodato/Noleggio/Leasing

Il DM richiesto è infungibile

- SI*
 NO

Produttore: _____ **Distributore:** _____

Identificativo Commerciale del modello: _____

***il richiedente sottoscrive le seguenti dichiarazioni:**

I sottoscritti dichiarano:

- **che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate non sono disponibili, nel repertorio nazionale Dispositivi Medici, prodotti alternativi con caratteristiche che garantiscano soluzioni equivalenti in termini di prestazioni o requisiti funzionali;**
- **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;**
- di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/12/2000, 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".
- di "essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale" causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/Mercato Elettronico/Consip.
- che non ricorre alcuna situazione di conflitto d'interessi;
- 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.

IN CASO DI RICHIESTA DI DM INFUNGIBILE, ALLEGARE RELAZIONE CLINICA IN MERITO ALLE RAGIONI DI NATURA TECNICA, CORRELATE AD INDICAZIONI DI NATURA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA, E/O TECNOLOGICA, CHE NON CONSENTONO L'IMPIEGO DI PRODOTTI / APPARECCHIATURE CON CARATTERISTICHE EQUIVALENTI E CHE GIUSTIFICANO LA DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ.

Direttore/Responsabile U.O. Richiedente

Direttore del Dipartimento

MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE DISPOSITIVO MEDICO

Spazio riservato al parere tecnico della UOC Farmacia (qualora la richiesta preveda DM monouso o monopaziente):					
Il D.M. richiesto è presente in Gara SoReSa/Consip: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se non acquistabile tramite gare centralizzate delle centrali d'acquisto, è stato inserito in capitolati di gara aziendali <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Il D.M. richiesto rientra tra quelli previsti dal DPCM 24/12/2015: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Il Farmacista istruttore - UOC Farmacia <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Data _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Firma _____</td> </tr> </table> Il Direttore UOC Farmacia: <input type="checkbox"/> Parere Favorevole <input type="checkbox"/> Parere non Favorevole <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Data _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Firma _____</td> </tr> </table>		Data _____	Firma _____	Data _____	Firma _____
Data _____	Firma _____				
Data _____	Firma _____				

Spazio riservato al parere tecnico della UOSID Bioingegneria (qualora la richiesta preveda DM pluriuso):			
Il Responsabile UOSID Bioingegneria: <input type="checkbox"/> Parere Favorevole <input type="checkbox"/> Parere non Favorevole <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Data _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Firma _____</td> </tr> </table>		Data _____	Firma _____
Data _____	Firma _____		

Parere del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero			
La richiesta necessita di un parere del Nucleo HTA Aziendale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Esito Finale Valutazione della Richiesta <input type="checkbox"/> Parere Favorevole <input type="checkbox"/> Parere non Favorevole <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Data _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Firma _____</td> </tr> </table>		Data _____	Firma _____
Data _____	Firma _____		