

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**  
**BENE/SERVIZIO/APPARECCHIATURA**  
**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000,00 (Iva esclusa)**  
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

Li \_\_\_\_\_ prot. n° NP/ \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**AL DIRETTORE**  
**ASSL NU**

**Alla Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro**

**Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero**

**AL DIRETTORE SC**  
**GIURIDICO AMMINISTRATIVO**

**OGGETTO:** Richiesta d'acquisto.

**N.B.:** ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome ed iniziale cognome).

1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: **DIREZIONE SANITARIA P.O.**

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **TATTI ANTONELLA**

3) Per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interesse) e a tal fine si dichiara che non vi sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ATS/ASSL, che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (economali, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica;

4) Trattasi di richiesta d'acquisto tipologia BENE/SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015: si | no |

Q.tà	Codice AREAS	RDM/CND/Reper torio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
20			SPONDE PER LETTI DEGENZA
10			SPONDE U.O. MAL INFETTIVE

**Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:**

a) In primis, il bene/servizio/apparecchiatura **NON deve essere di rilevanza ATS** (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ATS, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per i servizi sanitari), SC Acquisti Servizi non sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ATS.)

b) Qualora **NON SIA DI RILEVANZA ATS** il bene/dispositivo/apparecchiatura, etc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000,00 (Iva esclusa)**

**N.B.:** specificare, obbligatoriamente, quantità, codice Areas, CND/RDM/Repertorio

5) Trattasi di bene **DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE**, ex art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 si | no |

In caso affermativo specificare DITTA \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_



- 6) Richiesta per lotto unico si / no ; più lotti si / no  
 7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

PER IL CONTENIMENTO DEI PZ ALLEGATI

8) COSTO PRESUNTO : \_\_\_\_\_

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

15) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) \_\_\_\_\_

16) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy) \_\_\_\_\_

ASST Sardegna - ASL Nuoro  
 Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
 Direzione Sanitaria  
 Dirigente Medico  
 Dott. Dott. Antonio Tatti  
 Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo delegato)

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento ai fini del buon esito stesso della richiesta.

PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ASST Sardegna - ASL Nuoro  
 Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
 Direzione Sanitaria  
 Dirigente Medico  
 Dott. Antonio Tatti  
 Firma Direzione P.O.U.O. (o suo delegato)

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera ASL NUORO (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo delegato)

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE ASL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL NUORO

\_\_\_\_\_





**ATSSardegna**  
Azienda Tutela Salute  
ASSL Nuoro

Ospedale San Francesco  
U.O. Malattie Infettive

Nuoro, 20/07/2020

**Direzione Sanitaria P.O. San Francesco**

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE  
NP 2020/31236 dal 21/07/2020 ore 09,25  
Mitt.: ASL Nuoro Malattie Infettive  
Ass.: ASL Nuoro Presidio Ospedaliero S...  
Class.: 1.



**Oggetto: Richiesta Urgente Sponde per letti di Degenza**

Con la presente si chiede la fornitura **urgente** di numero 10 coppie di sponde per letti di degenza, dotate di ganci scorrevoli e molle di richiamo, poiché attualmente sprovvisti.

Distinti saluti

X RESPONSABILE:  
Dott.ssa Lai Maria Jose

COORDINATORE INF:  
Dott.ssa Paola Tuveri



