



**SE SI', SPECIFICARE NUMERO E PROFILI PROFESSIONALI:**

---

---

**Particolari esigenze di formazione del personale**

---

---

**Stima delle prestazioni eseguibili in un anno**

---

**Previsione dei consumi per anno (incluso ogni voce di costo)**

---

---

**Dichiarazione di unicità ed infungibilità**

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che per le indicazioni cliniche sopraindicate, non sono disponibili prodotti alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegate al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

**Data** \_\_\_\_\_

**Dirigente richiedente** \_\_\_\_\_

**Direttore Struttura/U.O. richiedente** \_\_\_\_\_

---

**VAGLIO DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO/DI DISTRETTO/DIPARTIMENTALE**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Dichiarazione di unicità ed infungibilità**

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che le valutazioni sopra descritte sono rese secondo scienza e coscienza e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegato al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_

TRASMISSIONE ALLE VARIE STRUTTURE INTERESSATE (DD.MM.PP. / DISTRETTUALI/ DIPARTIMENTALI)

---

---

ESITI ISTRUTTORIA TRA STRUTTURE (DD.MM.PP. / DISTRETTUALI/ DIPARTIMENTALI) (specificare chi abbia eventualmente aderito alla richiesta e i fabbisogni complessivi ripartiti per Area Socio Sanitaria):

---

---

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:**

- tutti i valori debbono essere indicati al netto dell'IVA;
- nelle domande a risposta guidata "SI" "NO", barrare la risposta scelta.

ALLEGATO 2:

PARTE A:

PARERE SC QUALITÀ, APPROPRIATEZZA, CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT

ESITO:

POSITIVO

NEGATIVO

Motivazione

parere

negativo:

---

---

---

Trasmissione Direzione e comunicazione al richiedente del parere negativo: PROT. N. \_\_\_\_\_

DISPOSIZIONI DELLA DIREZIONE O DECORSO DEL TERMINE DI 30 GIORNI SENZA ALCUNA DISPOSIZIONE

CON            CONSEQUENTE            DEFINITIVITA'            DEL            PARERE            NEGATIVO

---

---

---

---

---

Comunicazioni al richiedente della chiusura istruttoria o trasmissione al GRVR:

**PARTE B:**

**SCHEMA VERBALE ATTIVITÀ GRVR**

Data \_\_\_\_\_

Seduta N° \_\_\_\_\_

**Commissione:**

Ingegnere clinico \_\_\_\_\_

Ingegnere Clinico \_\_\_\_\_

Farmacista \_\_\_\_\_

Farmacista \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_

..... \_\_\_\_\_

..... \_\_\_\_\_

**Attività svolta, esiti indagini mercato:**

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

**Verbale commissione:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**Parere:**

FAVOREVOLE

CONTRARIO\*

FAVOREVOLE CON OSSERVAZIONI:

---

---

---

\* specificare se a causa votazione non unanime

**Si allegano dichiarazioni insussistenza cause incompatibilità.**



**ALLEGATO 3 – SCHEDA RACCOLTA FABBISOGNO ATS**

ASSL PROPONENTE	DESCRIZIONE RICHIESTA				PRIORITÀ		STIMA COSTO	
							€	-
<b>FABBISOGNO ATS</b>								
	ASSL CAGLIARI	ASSL CARBONIA	ASSL LANUSEI	ASSL NUORO	ASSL OLBIA	ASSL ORISTANO	ASSL SANLURI	ASSL SASSARI
<b>QUANTITÀ</b>								
<b>PRIORITÀ</b>								
<b>COSTO TOTALE ATS</b>	€ -							

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:**

*- tutti i valori debbono essere indicati al netto dell'IVA.*



