

1. Parte da compilarsi a cura del RUP/STA, ovvero dal "gruppo di progettazione" laddove costituito:

Oggetto dell'appalto :

Fornitura di dispositivi medici per apparato gastrointestinale (CND G) e di protesi esofagee e gastrointestinali (CND P05) in unione d'acquisto tra ATS Sardegna, le Aziende Ospedaliere_Universitarie di Cagliari e Sassari e l'Azienda Ospedaliera Brotzu.

Responsabile del Procedimento (RUP): **Dott. Fabiola Murgia**.....tel. 0783 317070.Servizio Amministrativo che svolge la gara: **DIPARTIMENTO GESTIONE ACCENTRATA ACQUISTI E LOGISTICA S.C. ACQUISTI DI BENI**

Descrizione esaustiva dei luoghi e delle modalità di esecuzione del servizio oggetto della richiesta con particolare riferimento alle possibili interferenze con altri soggetti ed alle attività previste per evitare e/o ridurre le stesse:

Contrassegnare la casella corrispondente alla tipologia dell'appalto: ☒ **A** ☐ **B****Individuazione della tipologia di appalto****Tipologia A**

Se la tipologia di svolgimento dell'appalto o dello specifico lotto è riconducibile ad una delle seguenti opzioni, si tratta di attività non soggette a Valutazione Ricognitiva dei Rischi Standard (VRRS-DUVRI Allegato 2) per le quali i costi dei rischi da interferenze sono pari a zero.

☐ servizio di natura intellettuale (es. formazione, consulenza, ecc);☒ mera fornitura di materiali o attrezzature con eventuale installazione di durata **inferiore ai cinque uomini giorno** (fino a 40 ore lavorative da calcolare nell'arco di un anno);☐ servizio per il quale non è prevista l'esecuzione all'interno dell'ATS (si intende per "interno" tutti i locali/luoghi messi a disposizione dalla stessa per l'espletamento del servizio, anche se non sede dei propri uffici)**Il documento si conclude apponendo timbro e firma**

Data

Timbro e firma RUP/STA
Per presa visione

Timbro e firma e RiGe