

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**

**BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**

**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)**

**(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)**

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE  
NP. 2021/31300 del 04/08/2021 ore 09,40  
Mitt.: ASSL Nuoro Dipartimento Struttura...  
Ass.: ASSL Nuoro DIREZIONE ASSL  
Class.: 1.



**Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro  
All'Ufficio 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 e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: BLOCCO OPERATORIO – SALA DI UROLOGIA ;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. GIANPAOLO COSSU ;

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** (economici, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o **non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica**;

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

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM / CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2				Ureterorenoscopio semirigido in acciaio con oculare disassato con doppia angolazione e sezione ovale, due canali adeguati per strumenti accessori. Misure diametro esterno 6/7,5 Fr, canale operativo 4,8 Fr, Lungh. Operativa 430 mm. Autoclavabile
2				Ureterorenoscopio semirigido in acciaio con oculare disassato con doppia angolazione e sezione ovale, due canali adeguati per strumenti accessori. Misure diametro esterno 8/9,8 Fr, canale operativo 6 Fr, Lungh. Operativa 430 mm. Autoclavabile
5				Cavo luce a fibre adeguato agli strumenti con attacco SNAP-ON e sgancio rapido. Diam. 2,5 mm Lungh. 3 m. Autoclavabile
4				Pinza da biopsia per uretroscopio 3-4 Fr

**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 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 RILEVANZA ATS, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000 (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 e relativo COD. PRODOTTO Accessorio della colonna video endoscopica di proprietà del Blocco Operatorio

6) Richiesta per lotto unico si  no  più lotti si  no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI Si chiede la possibilità di acquisto in aggiornamento tecnologico con reso fuoriuso

8) COSTO PRESUNTO: € 36.000 Circa

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  OCCASIONALE

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

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

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

**CATTINA GRAZIA**

Firmato digitalmente da CATTINA  
GRAZIA  
Data: 2021.08.03 20:19:48 +02'00'

**N.B.:** Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevano 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).

---

---

---

---

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)

**CATTINA GRAZIA**

Firmato digitalmente da CATTINA  
GRAZIA  
Data: 2021.08.03 20:20:36 +02'00'

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro



**ATSSardegna**  
Azienda Tutela Salute  
ASSL Nuoro

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**  
*Dott. Gesuina Cherchi*



**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**  
**BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**  
**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40,00**  
**(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)**

**Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro**  
**All'Ufficio 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 e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: BLOCCO OPERATORIO - SALA DI UROLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. GIANPAOLO COSSU

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 (economici, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica:

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 sì  no

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM / CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
5	1414415	EL-045	CND Z12020380 RDM 135916	Sonda pneumatico balistica EMS Diam. 1mm Lungh. 605 mm
5	1414401	EL-046	CND Z12020380 RDM 135916	Sonda pneumatico balistica EMS Diam. 0.8 mm Lungh. 605 mm

Al 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'invio alle competenti strutture ATS, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per 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 RILEVANZA ATS, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000 (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 sì  no

In caso affermativo specificare **DITTA TECHNOS Srl** e relativo COD. PRODOTTO Accessorio per sistema Lithoclast EMS in dotazione al blocco Operatorio

6) Richiesta per lotto unico sì  no  più lotti sì  no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: € 4.500 Circa

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  OCCASIONALE

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

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

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

COSSU  
GIAMPAOLO

Firmato digitalmente  
da COSSU GIAMPAOLO  
Data: 2021.08.16  
13:24:22 +02'00'



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 evidenzi la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento al 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).

---

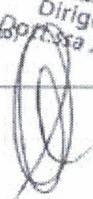
---

---

---

✓  
Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)

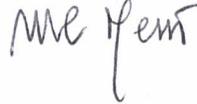
**ATSSardegna - ASL Nuoro**  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
Direzione Sanitaria  
Dirigente Medico  
Dott.ssa Antonella Tatti



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

 **ATSSardegna**  
Azienda Tutela Salute  
ASL Nuoro

**IL DELEGATO**  
**DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**  
**Dott.ssa Maria Carmela Dessi**



*h autorizzate*

