

ALLEGATO A

RICHIESTA ACQUISIZIONE DI DISPOSITIVI MEDICI INFUNGIBILI

U.O. richiedente: _____ Dipartimento: _____

Dispositivo richiesto, descrizione e caratteristiche tecniche: _____

CND _____ Numero di repertorio: _____

Dispositivo dedicato ad apparecchiatura di proprietà? (scegliere l'opzione di proprio interesse)

NO SI

Numero di inventario cespiti _____ Modello _____

Fornitore _____ Ubicazione _____

Descrizione del bene	Codici del bene	Quantità annua	Quantità una tantum	Ditta

Informazioni aggiuntive:

Breve relazione in merito alle ragioni di natura tecnica, correlate ad indicazioni di natura diagnostica e terapeutica, che non consentono l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti e che giustificano la dichiarazione di infungibilità _____

I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate non sono disponibili nel repertorio nazionale DM prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali, e 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 e 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 a d uso di atto falso"

Data

Il Direttore della UO richiedente Dr.

Il Direttore del Dipartimento _____