

ASL3 NUORO  
PG/2024/611 del 09/01/2024 ore 09:48  
Mitt.: Dipartimento Area Chirurgica  
Dest.: ASL NUORO SERVIZIO PROVVEDITORATO  
Class.: 5 Fasc.: 1 del 2024



BLOCCO OPERATORIO  
SALA UROLOGIA

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**  
**BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**  
**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (IVA esclusa)**  
*(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**  
**Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero**  
**Alla Direzione Struttura Complessa Provveditorato di Nuoro**

**Oggetto Richiesta d'acquisto**

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

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

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE DR STEFANO MALLOCI

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 ARES/ASL N. 3 che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (eccetto nei farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica.

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

QUANT	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
4		A2421	CND L060403 RDM 112521	Pinza da presa in acciaio, poliuso, con morso dentellato a doppia azione, corpo flessibile lunghezza 640 mm diametro 5 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 ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 DI NUORO che disporrà per l'invio alle competenti strutture ARES, 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 ARES).

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ARES, 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) Trasferi 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 MOLNLYCKE S.R.L. e relativo COD. PRODOTTO compatibile con canale operativo del cistoscopia flessibile Olympus CYF-5 in dotazione al nostro reparto

6) Richiesta per tutto unico sì  no : più lotti sì  no

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

8) COSTO PRESUNTO: € 3.000 circa \_\_\_\_\_

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  OCCASIONALE

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy) Schema Tecnica

BLOCCO OPERATORIO  
SALA UROLOGIA

DIPARTIMENTO CURE CHIRURGICHE

Ospedale San Francesco  
ASL Nuoro

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

*Stefano Meloni*

Direttore: Dott. Antonio Onorato Succu

**N.B.:** Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e dal Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora ritenga 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 al fine della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

---

---

---

---

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

**ASL Nuoro**  
OSPEDALI  
Direzione Medica  
Dirigente Medico  
Dott.ssa Antonella Targ

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

---