

MODULO RICHIESTA ACQUISTO  
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA  
NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (IVA esclusa)

Alla Direzione P.O "San Francesco" di Nuoro  
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

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: Ortopedia e Traumatologia San Francesco Nuoro
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: F.F. Dott. Giovanni Mancuso
- 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 (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

| QUANTITA' | CODICE AREAS | REFERENZA | RDM/CND/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|-----------|--------------|-----------|--------------------|--|
| 10        |              |           |                    | Solenoidi  |
|           |              |           |                    |  |
|           |              |           |                    |  |
|           |              |           |                    |  |
|           |              |           |                    |  |

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 ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 DI Nuoro che disporrà per l'inoltro 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 €140.000 (IVA esclusa)

N.B.: Specificare, obbligatoriamente, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

5) Trattasi di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE, Art. 76, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 36/2023  si  no

In caso affermativo specificare DITTA \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

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

8) COSTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_

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. in sede di Nuoro  
**ASL N. 3 - Nuoro**  
Ospedale "San Francesco"  
U.O. Ortopedia e Traumatologia  
Dirigente Medico  
Dott.ssa Carla Mela

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 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):

acquisto SOLENOIDS

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato) Nuoro  
**ASL N. 3 - NUORO**  
Ospedale "San Francesco" Nuoro  
U.O. Ortopedia e Traumatologia  
Dirigente Medico  
Dott.ssa Carla Mela

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta; altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro