

## MODELLO 1

### RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI FARMACO INFUNGIBILE

Struttura richiedente:	
Farmaco:	
Principio attivo:	
Numero dei casi che si prevede di trattare	
Fornitore:	
Fabbisogno annuale presunto in UM (unità di misura)	
Nuovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Rinnovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Motivazione dell'infungibilità (scegliere l'opzione di interesse:)

- ☐ indicazione terapeutica per specifica patologia (allegare documentazione);
- ☐ indicazione terapeutica per specifici casi clinici (allegare documentazione);
- ☐ è stato già utilizzato dall'azienda o in altri centri nell'ambito di progetti di ricerca analoghi a quello per il quale se ne richiede l'acquisto e quindi necessario ai fini della comparabilità dei risultati;
- ☐ rappresenta uno standard internazionale di riferimento come rilevabile dalla letteratura scientifica indicata;
- ☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_

I sottoscritti dichiarano:

- che il farmaco sopradescritto è indispensabile;
- che, per le indicazioni cliniche sopra specificate, non sono disponibili sul mercato farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico terapeutico o con effetto terapeutico comparabile;
- che è impossibile, allo stato, utilizzare altri farmaci in quanto non efficaci o non funzionali alle necessità terapeutiche (fatte salve le variabilità individuali dei singoli pazienti da trattare);
- di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erranee;
- 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 ad uso di atto falso”*;
- di “essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale” causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/Mercato Elettronico/Consip.

Data \_\_\_\_\_

Il Medico Prescrittore:	Timbro e firma
Il Responsabile della Struttura Richiedente:	Timbro e firma
Direttore di Dipartimento	Timbro e firma



La UOC Farmacia, vista la richiesta del Medico Prescrittore e del Responsabile della Struttura richiedente, valida la stessa e fornisce gli ulteriori elementi, necessari alla UOC ABS per i provvedimenti di competenza:

Confezione da:	
Prezzo unitario a confezione:	
Fabbisogno annuo presunto in UM (ambito aziendale):	
Spesa presunta annua Euro, IVA esclusa:	
Durata proposta del contratto di fornitura:	

Per validazione della richiesta:

**Il Direttore della UOC Farmacia**    ☐ SI ☐ NO    Firma\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

Per autorizzazione della richiesta:

**Il Direttore Sanitario**    ☐ SI ☐ NO    Firma\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

oppure

**Commissione HTA**    ☐ SI ☐ NO    Firma\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Responsabile** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 1):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

- ☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Medico Prescrittore** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 1):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## MODELLO 2

### RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI REAGENTE INFUNGIBILE

Struttura richiedente:	
Denominazione del prodotto:	
Indicazioni Cliniche (requisiti fondamentali):	
Fornitore:	
Fabbisogno annuale presunto in UM (unità di misura)	
Spesa presunta annua Euro, IVA esclusa:	
Nuovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Rinnovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Motivazione dell'infungibilità (scegliere l'opzione di interesse:)

- ☐ è necessario per ultimare procedure o esperimenti ricompresi in un progetto di ricerca in corso;
- ☐ è stato già utilizzato dall'azienda o in altri centri nell'ambito di progetti di ricerca analoghi a quello per il quale se ne richiede l'acquisto e quindi necessario ai fini della comparabilità dei risultati;
- ☐ rappresenta uno standard internazionale di riferimento come rilevabile dalla letteratura scientifica indicata;
- ☐ è "dedicato" essendo il suo utilizzo legato ad un'apparecchiatura che, per esplicita dichiarazione del costruttore, può utilizzare solo ed esclusivamente quel prodotto.
- ☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_

I sottoscritti dichiarano:

- che per le indicazioni cliniche sopra specificate non sono disponibili valide alternative equivalenti (fatte salve le variabili individuali dei singoli pazienti da trattare);
- 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
- 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 ad uso di atto falso"*;
- di "essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale" causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/Mercato Elettronico/Consip.

Data \_\_\_\_\_

Il Clinico Utilizzatore:	Timbro e firma
Il Responsabile della Struttura Richiedente:	Timbro e firma



Per validazione della richiesta:

**Il Direttore del Dipartimento Scienze Diagnostiche**

☐ SI ☐ NO

Firma\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

Per autorizzazione della richiesta:

**Il Direttore Sanitario**

☐ SI ☐ NO

Firma\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

oppure

**Commissione HTA**

☐ SI ☐ NO

Firma\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Responsabile** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 2):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

- ☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Clinico Utilizzatore** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 2):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

- ☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



### MODELLO 3

#### RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DISPOSITIVI MEDICI INFUNGIBILI

Struttura richiedente:	
Clinico Utilizzatore:	
Dipartimento:	
Dispositivo richiesto:	
Numero di repertorio:	
Dati di consumo per unità	Mensile                      Annuale
Nuovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Rinnovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dispositivo dedicato ad apparecchiatura di proprietà	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Si allega alla presente richiesta una **relazione in merito alle ragioni di natura tecnica**, correlate ad indicazioni di natura diagnostica e terapeutica, e/o tecnologica, che non consentono l'impiego di prodotti / apparecchiature 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 Dispositivi Medici, prodotti alternativi con caratteristiche che garantiscano soluzioni equivalenti in termini di prestazioni o requisiti funzionali;
- 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;
- 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 ad uso di atto falso”*.
- di “essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale” causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/Mercato Elettronico/Consip.

Data \_\_\_\_\_

Il Clinico Utilizzatore:	Timbro e firma
Il Responsabile della Struttura Richiedente:	Timbro e firma
Direttore di Dipartimento	Timbro e firma

La UOC Farmacia, vista la richiesta del Medico Prescrittore e del Responsabile della Struttura richiedente, valida la stessa e fornisce gli ulteriori elementi, necessari alla UOC ABS per i provvedimenti di competenza:

Modello:	
Ubicazione:	
Produttore:	
Fornitore:	
Spesa presunta in Euro, IVA esclusa:	
Numero di inventario cespiti	
Durata proposta del contratto di fornitura a noleggio (se del caso):	
Informazioni aggiuntive	
Collaudo	

Per validazione della richiesta:

**Il Direttore della UOC Farmacia**

☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Il Responsabile della SSD Ingegneria Clinica**

☐ SI ☐ NO

(se del caso, quando il dispositivo medico sia dedicato ad apparecchiatura sanitaria di proprietà o a noleggio)

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Per autorizzazione della richiesta:

**Il Direttore Sanitario**

☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

oppure

**Commissione HTA**

☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Responsabile** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 3):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Clinico Utilizzatore** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 3):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### MODELLO 4

#### **RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI ALTRO MATERIALE SANITARIO INFUNGIBILE**

Struttura richiedente:	
Denominazione del prodotto:	
Indicazioni Clinico - assistenziali (requisiti fondamentali):	
Fornitore:	
Fabbisogno annuale presunto in UM (unità di misura)	
Spesa presunta annua Euro, IVA esclusa:	
Nuovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Rinnovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Si allega alla presente richiesta una **relazione in merito alle ragioni di natura tecnica**, correlata ad indicazione 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 il farmaco sopradescritto è indispensabile, che per le indicazioni cliniche sopra specificate;
- che non sono disponibili sul mercato farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico terapeutico o con effetto terapeutico comparabile;
- che è impossibile, allo stato, utilizzare altri farmaci in quanto non efficaci o non funzionali alle necessità terapeutiche (fatte salve le variabilità individuali dei singoli pazienti da trattare);
- di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erranee;
- 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 ad uso di atto falso”*.
- di “essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale” causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/Mercato Elettronico/Consip.

Data \_\_\_\_\_

Il Clinico Utilizzatore:	Timbro e firma
Il Responsabile della Struttura Richiedente:	Timbro e firma
Direttore di Dipartimento	Timbro e firma

Per validazione della richiesta:

**Il Direttore della UOC Farmacia**    ☐ SI ☐ NO    Firma\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

Per autorizzazione della richiesta:

**Il Direttore Sanitario**    ☐ SI ☐ NO    Firma\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

oppure

**Commissione HTA**    ☐ SI ☐ NO    Firma\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Responsabile** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 4):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

- ☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Clinico Utilizzatore** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 4):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## MODELLO 5

### RICHIESTA DI ACQUISIZIONE ALTRO MATERIALE SANITARIO DI CONSUMO INFUNGIBILE

Struttura richiedente:	
Denominazione del prodotto:	
Descrizione e caratteristiche tecniche:	
Fornitore:	
Fabbisogno annuale presunto in UM (unità di misura)	
Spesa presunta annua Euro, IVA esclusa:	
Durata proposta del contratto di fornitura:	
Informazioni aggiuntive:	
Nuovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Rinnovo acquisto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Se la **richiesta di acquisizione riguarda accessori o componenti di apparecchiatura** di proprietà, indicare di quest'ultima:

Numero di inventario cespiti	
Nome e Modello	
Fornitore	
Ubicazione dell'apparecchiatura	
Collaudo	

Si allega alla presente richiesta una **relazione in merito alle ragioni di natura tecnica**, correlate ad indicazioni di natura diagnostico e terapeutica e di risultato, che non consentono l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti e che giustificano la dichiarazione di infungibilità.

Per quanto attiene ad **ALTRO MATERIALE SANITARIO DI CONSUMO** di uso corrente, collegato all'utilizzo dei beni durevoli di cui al punto 6, dell'art. 4 del regolamento, i sottoscritti dichiarano altresì (barrare il riquadro del caso ricorrente):

- ☐ che non risulta possibile l'utilizzo di prodotti pienamente compatibili (come definito dalle direttive europee di regolamentazione dei dispositivi medici) con le apparecchiature in dotazione;
- ☐ che l'utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato, rappresenta un rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti;



- ☐ che l'utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato, non garantisce una sufficiente qualità del risultato dal punto di vista diagnostico e/o terapeutico;
- ☐ che l'utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato, può comportare costi aggiuntivi sproporzionati relativamente ai servizi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

I sottoscritti dichiarano:

- che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate non sono disponibili alternative con altri materiali di consumo, che garantiscano soluzioni equivalenti;
- 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;
- 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 ad uso di atto falso”*;
- di “essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale” causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/Mercato Elettronico/Consip.

Data \_\_\_\_\_

Il Clinico Utilizzatore:	Timbro e firma
Il Responsabile della Struttura Richiedente:	Timbro e firma
Direttore di Dipartimento	Timbro e firma

Per validazione della richiesta:

**Il Responsabile della Struttura competente** ( \_\_\_\_\_ ) ☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Per autorizzazione della richiesta:

**Il Direttore Sanitario** ☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

oppure

**Commissione HTA** ☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Responsabile** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 5):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Clinico Utilizzatore** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 5):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

- ☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## MODELLO 6

### RICHIESTA DI ACQUISIZIONE BENI DUREVOLI INFUNGIBILI

(scegliere l'opzione di proprio interesse)

- ☐ apparecchiatura sanitaria;  
☐ componenti ed accessori di apparecchiatura sanitaria;  
☐ strumentazione In Vitro Diagnostics (IVD);  
☐ attrezzatura tecnico economale;  
☐ hardware e software.

Struttura richiedente:	
Clinico Utilizzatore:	
Dipartimento:	
Oggetto della richiesta in configurazione completa di accessori:	
Attività prevista:	
Indicazioni Clinico - assistenziali (requisiti fondamentali):	
Produttore:	
Fornitore:	
Spesa presunta Euro, IVA esclusa:	

Nuovo acquisto ☐ SI ☐ NO Rinnovo acquisto ☐ SI ☐ NO

#### Materiale di consumo

☐ SI ☐ NO

in caso di risposta affermativa specificare:

- costo presunto annuo: euro iva esclusa \_\_\_\_\_
- se trattasi di materiale dedicato ☐ SI ☐ NO

#### Necessità di Permuta

☐ SI ☐ NO

in caso di risposta affermativa indicare:

Numero di inventario	
Modello	
Fornitore	
Ubicazione dell'apparecchiatura da permutare	

**Necessità di disinstallazione e smaltimento dell'usato** ☐ SI ☐ NO

in caso di risposta affermativa indicare:

Numero di inventario	
Modello	
Fornitore	
Ubicazione dell'apparecchiatura da smaltire	

**Necessità di manutenzione dell'apparecchiatura** ☐ SI ☐ NO

in caso di risposta affermativa indicare:

Numero di inventario	
Modello	
Fornitore	
Ubicazione dell'apparecchiatura da manutenere	
Collaudo	

Se la **richiesta di acquisizione riguarda accessori o componenti di apparecchiatura** di proprietà, indicare di quest'ultima:

Numero di inventario cespiti	
Nome e Modello	
Fornitore	
Ubicazione dell'apparecchiatura	
Collaudo	

Informazioni aggiuntive (indicazioni sulla manutenzione ordinaria e straordinaria da richiedere, disponibilità mezzi di ricambio, esigenze di addestramento del personale, ecc):

---



---



---

Si allega alla presente richiesta una **relazione in merito alle ragioni di natura tecnica**, correlate ad indicazioni di natura diagnostico e terapeutica e di risultato, che giustificano la dichiarazione di infungibilità

Si allega alla presente richiesta una **relazione in merito alle ragioni di rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti** nel caso in cui l'impiego di altre apparecchiature simili comporti incompatibilità o difficoltà/rischi tecnici sproporzionati che giustificano la dichiarazione di infungibilità.

I sottoscritti dichiarano:

- che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate non sono disponibili alternative con altre apparecchiature o materiali di consumo correlati, che garantiscano soluzioni equivalenti;
- di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erranee;



- 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 ad uso di atto falso”*.

- di “essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale” causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/Mercato Elettronico/Consip.

Data \_\_\_\_\_

Il Clinico Utilizzatore:	Timbro e firma
Il Responsabile della Struttura Richiedente:	Timbro e firma
Direttore di Dipartimento	Timbro e firma

Per validazione della richiesta:

**Il Direttore della UOC Ingegneria Clinica**

☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

oppure

**Il Direttore della UOC Sistemi informativi e tecnologie della comunicazione**

☐ SI ☐ NO

(per l'acquisizione di hardware e software)

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Per autorizzazione della richiesta:

**Il Direttore Sanitario**

☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

oppure

**Commissione HTA**

☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Responsabile** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 6):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

- ☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Clinico Utilizzatore** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 6):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

- ☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## MODELLO 7

### **RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI MANUTENZIONE INFUNGIBILI (PER ATTREZZATURE SANITARIE – ASSISTENZA AI SOFTWARE)**

Struttura richiedente:	
Clinico Utilizzatore:	
Dipartimento:	
Servizio richiesto, descrizione e caratteristiche tecniche:	
Produttore del bene oggetto di manutenzione:	
Fornitore	
Fabbisogno presunto annuo:	
Spesa presunta in Euro iva esclusa:	
Durata proposta del contratto di manutenzione:	
Informazioni aggiuntive:	

Relazione in merito alle ragioni di natura tecnica, che non consentono il ricorso ad altro operatore economico e che giustificano la dichiarazione di infungibilità:


I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche, sopra specificate (barrare il riquadro del caso ricorrente):

- ☐ per quanto attiene ai **SERVIZI DI MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE SANITARIE** - l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dal produttore delle apparecchiature, o ad altri soggetti da esso autorizzati o senza la disponibilità degli strumenti necessari per la manutenzione (manuali di manutenzione, strumenti dedicati, firmware, aggiornamento software, ecc.), rappresenta un rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti, ovvero non garantisce una sufficiente qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico o che, infine, non garantendo la piena funzionalità dell'apparecchiatura, comporta costi connessi all'anticipata sostituzione della stessa.
- ☐ per quanto attiene ai **SERVIZI DI MANUTENZIONE ED ASSISTENZA AI SOFTWARE** - l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dallo sviluppatore del software, o ad altri soggetti da esso autorizzati e conseguentemente non in possesso del codice sorgente del software stesso, può rappresentare un rischio per

la funzionalità della procedura, ovvero non garantisce l'adeguamento o implementazione della stessa in relazione a subentranti necessità normative o organizzative, o che, risultando in tutto o in parte incompatibile con le dotazioni di Hardware, può comportare costi di investimento aggiuntivi.

- ☐ qualora il software si configuri come Dispositivo Medico, o sia comunque collegato a procedure di natura diagnostica e/o terapeutica, sono stati valutati, oltre alla piena compatibilità del software con le apparecchiature che intervengono nel percorso diagnostico terapeutico, anche eventuali rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti ed alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico e/o terapeutico.

Inoltre i sottoscritti dichiarano:

- 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;
- 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 ad uso di atto falso”*;
- di “essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale” causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/Mercato Elettronico/Consip.

Data \_\_\_\_\_

Il Clinico Utilizzatore:	Timbro e firma
Il Responsabile della Struttura Richiedente (UOC):	Timbro e firma
Direttore di Dipartimento	Timbro e firma

Per validazione della richiesta:

**Il Direttore della UOC Sistemi informativi e tecnologie della comunicazione**

☐ SI ☐ NO

(per la manutenzione ed assistenza ai software)

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

oppure

**Il Responsabile della UOC Ingegneria Clinica**

(per i servizi di manutenzione delle attrezzature sanitarie)

☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Per autorizzazione della richiesta:

**Il Direttore Sanitario**

☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

oppure

**Commissione HTA**

☐ SI ☐ NO

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Responsabile** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 7):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_

☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di **Clinico Utilizzatore** \_\_\_\_\_

**Della Struttura Richiedente** \_\_\_\_\_

Dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

in relazione alla seguente acquisizione di **bene dichiarato infungibile**, come da dichiarazione dallo/a stesso/a resa (Modello 7):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dell'art. 42, del Codice dei Contratti e in ossequio a quanto disposto con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-2021, adottato con deliberazione aziendale n. 64 del 30 gennaio 2019:

**che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse:**

- ☐ con il fornitore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il produttore del bene \_\_\_\_\_
- ☐ con il rappresentante/informatore scientifico della ditta fornitrice del bene \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_