

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 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 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 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 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 mantenere	
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 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 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 _____