	<input type="checkbox"/> S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO, in caso di apparecchiature e strumenti elettromedicali o biomedici ad utilizzo ospedaliero	Codice procedimento: 6/DSO
	<input type="checkbox"/> S.C. INFORMATICA, TELECOMUNICAZIONI E SISTEMA INFORMATIVO, in caso di hardware e software informatici	Termine per provvedere: 7 gg dal ricevimento della richiesta
	<input type="checkbox"/> S.C. LOGISTICA, PATRIMONIO, SERVIZI E ACQUISTI, negli altri casi	Codice titolario: 1.5.04.06

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA CONSEGNA, INSTALLAZIONE E MESSA IN FUNZIONE IN PROVA/VISIONE di APPARECCHIATURE

(Il presente modulo deve essere compilato e firmato ove previsto; deve essere conservato presso l'apparecchiatura ceduta in prova, e, nel caso di in caso di apparecchiature e strumenti elettromedicali o biomedici ad utilizzo ospedaliero, una copia firmata deve essere trasmessa al servizio di ingegneria clinica)

Il sottoscritto

Responsabile/direttore del Reparto/Servizio

sede di

RICHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

alla consegna, installazione e messa in funzione in prova/visione presso il suddetto Reparto/Servizio, per un periodo (indicativo) di giorni, a partire dalla data del ___/___/___, delle apparecchiature sotto elencate:

1.
2.
3.

della ditta.....

Data _____

Il Responsabile del Reparto/Servizio
(timbro e firma)

Il sottoscritto _____, direttore della


S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO, in caso di apparecchiature e strumenti elettromedicali o biomedici ad utilizzo ospedaliero
 S.C. INFORMATICA, TELECOMUNICAZIONI E SISTEMA INFORMATIVO, in caso di hardware e software informatici
 S.C. LOGISTICA, PATRIMONIO, SERVIZI E ACQUISTI, negli altri casi

ista la richiesta e la dichiarazione della ditta formulata sul retro del presente modulo

RILASCIATA L'AUTORIZZAZIONE RICHIESTA

Data _____

Il Direttore della _____
(timbro e firma)

	<input type="checkbox"/> S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO, in caso di apparecchiature e strumenti elettromedicali o biomedici ad utilizzo ospedaliero	Codice procedimento: 6/DSO
	<input type="checkbox"/> S.C. INFORMATICA, TELECOMUNICAZIONI E SISTEMA INFORMATIVO, in caso di hardware e software informatici	Termine per provvedere: 7 gg dal ricevimento della richiesta
	<input type="checkbox"/> S.C. LOGISTICA, PATRIMONIO, SERVIZI E ACQUISTI, negli altri casi	Codice titolario: 1.5.04.06

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte

--

Il sottoscritto.....
 in qualità di
 della ditta.....
 con sede in.....
 telefono..... Fax.....
 e-mail.....

manifesta la disponibilità alla consegna, installazione e messa in funzione in prova/visione delle seguenti apparecchiature

1.
2.
3.


Essendo stato informato che l'Azienda non eseguirà alcun controllo di corretta installazione, di sicurezza elettrica né di funzionalità sugli apparecchi consegnati,

DICHIARA E CERTIFICA

- che le apparecchiature in argomento sono conformi alle normative tecniche specifiche attualmente vigenti e possiedono i requisiti necessari per la sicurezza degli operatori come previsto dal D. Lgs. 81 del 09/04/2008 e successive modificazioni ed integrazioni
- che l'installazione delle apparecchiature in argomento non comporta l'introduzione di pericoli specifici negli ambienti di lavoro nel rispetto dell'igiene e sicurezza del lavoro
- che antecedentemente all'entrata in funzione delle apparecchiature in argomento, si è effettuata idonea formazione ed informazione all'utilizzo delle stesse al personale operatore
- che le delle apparecchiature in argomento saranno installate e poste in funzione sotto la propria totale ed esclusiva responsabilità e che eventuali costi necessari per le modifiche impiantistiche di qualsiasi tipo, saranno a carico della Ditta concedente, previa autorizzazione della S.C. Servizi Tecnici Patrimoniali
- di assumere a proprio carico, per l'intero periodo di prova, ogni responsabilità per danni a cose e persone, provocati dall'errato o mancato funzionamento delle apparecchiature cedute in prova
- di sollevare l'ASL CN2, da ogni responsabilità per eventuali danni, smarrimenti, furti nei confronti dei beni ceduti in prova, e dei danni causati da eventi eccezionali quali: alluvioni, allagamenti, incendi, fulmini, crolli, calamità naturali, ecc.
- che le apparecchiature cedute in prova non comportano, per tutto il periodo di prova, alcuna spesa a carico dell'ASL CN2, nemmeno sotto forma di acquisti di materiali di consumo
- di essere stato informato, che la cessione in prova dei beni succitati non impegna in alcun modo l'ASL CN2 ad una successiva acquisizione degli stessi.

INFORMAZIONI TECNICHE PER LA CORRETTA INSTALLAZIONE ED USO:

• utilizzo di sostanze chimiche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• emissioni di radiazioni ionizzanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• emissioni di radiazioni non ionizzanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

	<input type="checkbox"/> S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO, in caso di apparecchiature e strumenti elettromedicali o biomedici ad utilizzo ospedaliero	Codice procedimento: 6/DSO
	<input type="checkbox"/> S.C. INFORMATICA, TELECOMUNICAZIONI E SISTEMA INFORMATIVO, in caso di hardware e software informatici	Termine per provvedere: 7 gg dal ricevimento della richiesta
	<input type="checkbox"/> S.C. LOGISTICA, PATRIMONIO, SERVIZI E ACQUISTI, negli altri casi	Codice titolario: I.5.04.06

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • emissione di fasci laser / maser | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • generazione di campi elettromagnetici statici e/o dinamici | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

ed ai sensi dell' Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA INOLTRE

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA')

di non versare in situazioni di conflitto di interesse¹ con l'ASL CN2

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.e i. dall'ASL CN2 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonchè presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

Data _____

Il Responsabile della ditta

(timbro e firma)

¹ Quali ad esempio:

1) OGGETTO DELLA PROPOSTA: trattasi di beni da cui derivi l'obbligo di acquisto di materiale di consumo o accessori su cui il proponente ha l'esclusiva (salvo che lo stesso non li ricomprenda nella donazione ovvero la proposta non sia inserita nell'ambito di una procedura di gara finalizzata all'acquisto di beni di consumo da parte dell'ASL)

2) SOGGETTO PROPONENTE: è una persona fisica o giuridica che al momento della donazione partecipa anche in forma di ATI ad una gara indetta dall'ASL