

MOD.3

Struttura Complessa Affari Generali

Allegato "A" alla deliberazione/atto autorizzatorio n. _____ del _____

Scheda informativa per l'accettazione di beni offerti in DONAZIONE

Donante: _____

Codice Fiscale/
Partita IVA _____

A favore: _____

Descrizione dei beni, relativo valore e stato d'uso:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Dichiarazione di responsabilità

Vincoli: Eventuali vincoli nei confronti del donante SI [] NO []

(in caso affermativo specificare quali)

Acquisti indotti: La donazione comporta eventuali ulteriori acquisti connessi e/o indotti per l'A.S.L.?

SI [] NO []

(in caso affermativo specificare quali)

I BENI OFFERTI IN DONAZIONE

Edilizia: Comportano modifiche strutturali all'interno dell'immobile?

SI [] NO []

(in caso affermativo indicare quali)

Impiantistica: Comportano modifiche agli impianti esistenti?

SI [] NO []

(in caso affermativo indicare quali)

Personale:

- Comportano oneri in termini di personale aggiuntivo?
(in caso affermativo specificarne la quantità e la qualifica)

SI [] NO []

- n. _____ qualifica _____

- " _____ " _____

- Comportano la formazione del personale e/o la sua partecipazione a corsi di aggiornamento?

SI [] NO []

(in caso affermativo specificare quali)

Conformità alle linee di programmazione regionale: L'acquisizione del bene è conforme alle linee di programmazione regionale per quanto riguarda l'allocazione delle funzioni e del personale nella struttura utilizzatrice del bene

SI [] NO []

NEL CASO SPECIFICO DI ATTREZZATURE

Garanzia

- fruiscono di garanzia? SI [] NO []
- durata della garanzia che dovrà essere triennale preferibilmente "on site" ovvero sia presso l'utilizzatore _____
- indicazione dei dati del fornitore (non del donante) quali: nome, ragione sociale, indirizzo e recapito telefonico _____
- indicazione di un referente per le richieste di assistenza in garanzia che potrà essere una persona, un call-center, un sito web o un numero telefonico _____

Compatibilità con altre attrezzature: Sono compatibili con le apparecchiature esistenti? SI [] NO []

(in caso negativo specificarne i motivi)

Integrazioni con altre attrezzature: Sono complete in ogni parte o accessorio SI [] NO []

(in caso negativo specificare di quali altre parti o accessori necessitano)

Consumi

- Non consumano alcun prodotto []
- Non consumano materiali esclusivi e vincolanti []
- Consumano materiali esclusivi e vincolanti []
- Comportano consumi di energia []

quali: _____

NEL CASO SPECIFICO DI SOFTWARE

Specificare:

- la funzione del software _____
- il sistema operativo _____
- il linguaggio _____
- se si è in possesso del codice sorgente SI [] NO []
- se abbisognano di assistenza SI [] NO []
in caso affermativo: a carico del donante []
a carico della A.S.L. []

Disposizione obbligatoria ai fini dell'accettazione della donazione

Attestazione rilasciata contestualmente dal Responsabile della Struttura beneficiaria della donazione e dal relativo Dirigente Responsabile aziendale competente per gli aspetti tecnici, in caso di donazione di apparecchiature:

- Le apparecchiature sono conformi alla normativa Comunitaria e presentano il Marchio C.E.? SI [] NO []
- I locali presso i quali saranno installate possiedono i requisiti specifici previsti per poter svolgere l'attività derivante dall'utilizzo delle attrezzature stesse, in osservanza delle norme di sicurezza di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.? SI [] NO []
- Motivazione per cui la Struttura aziendale è interessata a disporre della donazione e l'interesse dell'Ente alla donazione stessa:

- Allegata dichiarazione del donante ai sensi dell'art. 783 del C.C. attestante la modicità del valore tale da non incidere in modo apprezzabile sul patrimonio dello stesso

- Parere del Direttore Struttura Complessa Servizio Informativo Aziendale

- Parere del Dirigente Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Ingegneria Clinica

- Parere del Direttore Struttura Complessa Economato e Logistica

- Parere del Direttore Struttura Complessa Servizio di prevenzione e protezione

Data _____ Il Direttore del Dipartimento e/o il Direttore della Struttura Complessa

Data _____ Il Direttore D.M.POU e/o il Direttore del Dipartimento
