



ALLA DIREZIONE STRATEGICA DELL'ARNAS
GARIBALDI DI CATANIA

AL SETTORE PROVVEDITORATO ED
ECONOMATO
email: provveditorato@arnasgaribaldi.it

RICHIESTA DI APPROVVIGIONAMENTO DI SERVIZI

Richiesta Prot. N. _____ del _____

P.O. Garibaldi Centro

P.O. Garibaldi Nesima

U.O. S/D/C di _____

Centro di Costo: _____

Referente per la richiesta ai fini di ulteriori richieste

Nome e Cognome:

Telefono:

Mail:

Referente per la consegna

Nome e Cognome

Telefono:

Mail:

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO PER IL QUALE SI RICHIEDE L'ACQUISTO

| | |
|---|--|
| * | Denominazione servizio: |
| * | Caratteristiche tecniche e funzionali minime: |
| | Servizi di supporto allo svolgimento del servizio principale: |
| * | Fornitura di supporto informatico (hardware/software) Per l'espletamento/monitoraggio del servizio richiesto: |
| * | Fornitura di arredi, attrezzature e materiale di supporto/complementare: |
| * | Durata del servizio: |
| | Modalità di svolgimento del servizio richiesto: |
| | Gestione delle emergenze/urgenze: |
| | Descrizione dell'U.O. presso cui sarà espletato il servizio |

FINALITA' E MOTIVAZIONE DELL'ACQUISTO

| | |
|---|--|
| * | Servizio di supporto all'erogazione della prestazione: |
| * | Servizio di supporto indiretto all'erogazione della prestazione: |
| * | Denominazione della prestazione/i associate al servizio: |
| * | Finalità del servizio richiesto: |
| * | Ambito a cui il servizio è associato: |
| | <input type="checkbox"/> Amministrativo |
| | <input type="checkbox"/> Sanitario |
| | <input type="checkbox"/> Di supporto |
| | <input type="checkbox"/> Altro |
| * | Servizi della stessa tipologia o con funzionalità analoghe: |

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Presso stessa U.O. richiedente |
| <input type="checkbox"/> | Presso altre UU.OO. |
| * | Motivi della richiesta: |
| * | eventuali economie conseguibili con l'utilizzo del servizio: |
| * | priorità della richiesta e relativa motivazione: |
| <input type="checkbox"/> | Servizio che rimuove possibili situazioni di pericolo |

* la compilazione del campo è obbligatoria

| |
|---|
| Timbro e firma leggibile del Richiedente |
| |

| | |
|---|---|
| PARERE DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO | <input type="checkbox"/> FAVOREVOLE |
| | <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE |
| | Firma del Direttore Medico di Presidio |

Firma da acquisire nei casi previsti e preventivamente all'avvio della richiesta

A cura dell'UOC Provveditorato

| ULTERIORI DATI DEL SERVIZIO PER IL QUALE SI RICHIEDE L'ACQUISTO | |
|--|---|
| * | Global Service |
| * | Interventi di formazione/affiancamento: |
| * | Importo prevedibile: |
| | Organizzazione del servizio: |
| | Modalità e tempistiche di condivisione del servizio reso: |
| * | Attività di analisi preliminare del contesto organizzativo: |
| | Ditte erogatrici: |
| | Indicare di seguito la denominazione e l'indirizzo completo della ditta produttrice e distributrice del servizio. |

A cura dell'UOC Provveditorato

| |
|--|
| ULTERIORI INDICAZIONI E VISTI DI APPROVAZIONE RICHIESTA |
|--|

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Servizio INSERITO nel piano biennale degli acquisti dei beni e dei servizi |
| <input type="checkbox"/> | Servizio NON inserito nel piano biennale degli acquisti dei beni e dei servizi |
| INDAGINE DI MERCATO E VALIDAZIONE AMMINISTRATIVA DELLA RICHIESTA | <input type="checkbox"/> FAVOREVOLE |
| | <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE |
| | Firma del Responsabile dell'UOC Provveditorato |

A cura dell'UOC Economico Finanziario e Patrimoniale

| | |
|---|---|
| COMPATIBILITA' DELL'ACQUISTO DEL SERVIZIO RISPETTO ALLE RISORSE DI BILANCIO | <input type="checkbox"/> COMPATIBILE |
| | <input type="checkbox"/> NON COMPATIBILE |
| | Firma del Responsabile dell'UOC Economico Finanziario e Patrimoniale |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A cura della Direzione Sanitaria (per i servizi di competenza)

| | |
|---------------------------------------|--|
| PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO | <input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> Acquisizione urgente entro il semestre <input type="checkbox"/> Acquisizione urgente entro l'anno <input type="checkbox"/> Consigliata entro il semestre <input type="checkbox"/> Consigliata entro l'anno |
| | <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE |
| OSSERVAZIONI: | Firma del Direttore Sanitario |

A cura della Direzione Amministrativa (per i servizi di competenza)

| | |
|--|--|
| PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO | <input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> Acquisizione urgente entro il semestre <input type="checkbox"/> Acquisizione urgente entro l'anno <input type="checkbox"/> Consigliata entro il semestre <input type="checkbox"/> Consigliata entro l'anno |
| | <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE |
| OSSERVAZIONI: | Firma del Direttore Amministrativo |