



**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone
di Palermo**



Sede Legale Via del Vespro n°129 – 90127 Palermo. Tel 0916551111 - P.I. 05841790826
Area Provveditorato
Via Enrico Toti n°76
telefono 0916555500 – fax 0916555502

Prot. 4133

Palermo, 22 aprile 2015

Oggetto: Gara a procedura aperta per la fornitura quinquennale in noleggio di sistemi completi comprensiva della manutenzione full risk e del materiale di consumo per l'Unità Operativa di Medicina Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone".

CHIARIMENTI

Con riferimento all'esperimento della procedura di gara in oggetto, si comunica quanto segue:

**Alle Imprese interessate alla
gara a procedura aperta per la fornitura
quinquennale in noleggio di sistemi completi
comprensiva della manutenzione full risk e del
materiale di consumo per l'Unità Operativa di
Medicina Trasfusionale dell'Azienda
Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera
Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone".**

Si comunica che a seguito di chiarimenti richiesti e al fine di non ledere il principio della par condicio si rende opportuno comunicare quanto segue:

QUESITO N°1:

- si richiede se la descrizione del monitor del personal computer a pagina 119 del capitolato speciale d'appalto dove si richiede "Dimensioni schermo: 21". porte I/O con 1 porta IEEE 1394, 1 uscita S-video per TV o videoproiettori, 1 slot CardBus PCMCIA di tipo III o di tipo II. Scheda Ethernet " sia un refuso in quanto fa riferimento a molte caratteristiche che non applicabili ai Monitor. Si richiede, pertanto, se si voleva intendere solo monitor da 21". Si richiede inoltre se alla voce 3) Display secondario della stessa pagina si tratta dello stesso refuso.

RISPOSTA

Si comunica che il monitor richiesto a pagina 119 si intende un monitor da 21" e si conferma che relativamente alla voce 3) Display secondario della stessa pagina che si tratta dello stesso refuso sopraindicato.

QUESITO N°2:

L'allegato " O1 " da compilare per il lotto n°1 fa riferimento ad un analizzatore e non è applicabile al separatore cellulare da offrirsi nell'ambito del lotto 1, quindi si chiede gentilmente di fornire l'allegato corretto.

RISPOSTA

Si comunica che per mero errore l'allegato " O1" non è corretto e non si riferisce all'apparecchiatura del lotto n°1.

A tal fine si allega alla presente l'allegato " O1" corretto che sostituisce quello erroneamente inserito nel capitolato.

QUESITO N°3:

In riferimento alla produzione di traduzioni in lingua italiana di documentazione tecnica in lingua originale, si chiede se la traduzione in italiano possa essere in forma di traduzione libera attraverso la forma dell'autocertificazione D.P.R. 445/2000 di testo tradotto in italiano fedele all'originale.

RISPOSTA

Si conferma che la documentazione in lingua straniera deve essere tradotta in lingua italiana e corredato da una dichiarazione di conformità all'originale resa ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000.

QUESITO N°4:

Relativamente alla "gara per la fornitura quinquennale di sistemi completi comprensivi del materiale di consumo e del noleggio di apparecchiature per l'U.O. complessa di medicina Trasfusionale dell'AO Universitaria Policlinico Paolo Giaccone", con scadenza 06/05/2015, con la presente siamo a richiedere il seguente chiarimento:

All'interno del bando di gara viene riportato quale base d'asta per il lotto 1 l'importo di € 325.450,00 per il quinquennio, mentre a pag. 69 del capitolato viene indicata quale base d'asta € 375.450,00 e sulla base di tale ultimo importo viene richiesta la polizza. Qual è l'importo che deve essere preso in considerazione per la formulazione dell'offerta?

Verrà comunque considerato valido il deposito cauzionale presentato sulla base di quanto precisato a pag. 69 del capitolato?

RISPOSTA

Si comunica che gli importi corretti sono quelli indicati all'articolo 3 del capitolato.

Gli importi indicati per i depositi cauzionali provvisori sono errati e devono essere sostituiti con il seguente prospetto corretto:

IMPORTO DEPOSITO CAUZIONALE PROVVISORIO			
GARA	Importo complessivo quinquennale	Importo deposito cauzionale provvisorio al 2%	Importo deposito cauzionale provvisorio ridotto del 50%
LOTTO N°1 SEPARATORE CELLULARE AUTOMATICO PER AFERESI A FLUSSO CONTINUO (DOPPIO AGO) CON POSSIBILITÀ DI AGO SINGOLO AUTOMATICO	€ 325.450,00	€ 6.509,00	€ 3.254,50
LOTTO N°2 SEPARATORE CELLULARE PER AFERESI PRODUTTIVA/ TERAPEUTICA A FLUSSO DISCONTINUO	€ 1.750.450,00	€ 35.009,00	€ 17.504,50
LOTTO N°3 SISTEMA AUTOMATICO PER PRODUZIONE E APPLICAZIONE FIBRINA AUTOLOGA VIVOSTAT	€ 825.450,00	€ 16.509,00	€ 8.254,50

QUESITO N°5:

In riferimento alla procedura di cui in oggetto siamo con la presente a chiedere le seguenti richieste di chiarimenti per il Lotto 1:

- 1) Si rileva che a pagina 13 del capitolato è indicata la base d'asta del LOTTO 1, un importo annuale e quinquennale pari a € 325.450,00, mentre nello schema di offerta e pagina 24 del capitolato viene un importo € 375.450,00. Si chiede dunque di precisare quale sia l'importo corretto.
- 2) Si chiede inoltre di precisare, ai fini dell'offerta economica se l'importo quinquennale a base d'asta su cui calcolare la percentuale di sconto sia comprensivo o meno degli oneri della sicurezza (importo non soggetto a ribasso). Quale importo dovrà essere considerato ai fini del calcolo della percentuale di sconto?

RISPOSTA

Punto n°1: Si comunica che gli importi corretti sono quelli indicati all'articolo 3 del capitolato e per il Lotto n°1 l'importo corretto quinquennale a base d'asta ammonta ad € 325.450,00 = I.V.A. ESCLUSA.

Pertanto si autorizza la ditta concorrente ad effettuare nello schema di offerta del Lotto n°1 la correzione dell'importo a base d'asta nel senso di sostituire l'importo non corretto con l'importo corretto di € 325.450,00.

Punto n°2: l'importo quinquennale a base d'asta su cui calcolare la percentuale di sconto deve essere l'importo comprensivo degli oneri della sicurezza di € 325.450,00.

Si comunica che l'Area Provveditorato dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone " nella persona del Dott. Aldo ALBANO telefono 091/6555500 – 3357783230 è a disposizione per eventuali chiarimenti ed informazioni.

Distinti saluti.



FILTO IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott. Aldo ALBANO)

ALLEGATO " 01 "

**OGGETTO: GARA PER LA FORNITURA QUINQUENNALE DI SISTEMI
COMPRESIVA DEL MATERIALE DI CONSUMO E DEL NOLEGGIO DI
APPARECCHIATURE PER L'UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI MEDICINA
TRASFUSIONALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO " PAOLO GIACCONE " .**

IMPRESA CONCORRENTE _____

LOTTO N°1 _____

DESCRIZIONE PRODOTTO _____

SCHEDA TECNICA PRELIMINARE

Scheda tecnica da compilare integralmente da parte della Ditta offerente indicando nei check-box le voci corrispondenti a caratteristiche presenti nella versione proposta. Tale scheda deve essere compilata per l' **apparecchiatura offerta** e deve essere debitamente firmata, timbrata e rispedita insieme all'offerta.

La mancanza o una compilazione incompleta della presente scheda tecnica può rappresentare motivo di esclusione dell'offerta dalla gara d'acquisto

Il sottoscritto ⁽¹⁾ _____

nato a _____ il _____

in qualità di ⁽²⁾ _____

autorizzato a rappresentare legalmente l'impresa/società ⁽³⁾ _____

DICHIARA

INFORMAZIONI GENERALI SULL'APPARECCHIATURA

1. **Modello:**

2. **Produttore:**

Produttore _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Tel: _____

Fax _____ Luogo di produzione _____

3. **Nazione di produzione:**

4. **Importatore:**

Importatore _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Tel: _____

Fax _____ Luogo di produzione _____

segue ⇨

5. **Fornitore/Distributore :** Fornitore/distributore _____
 Indirizzo _____ CAP _____
 Città _____ Tel: _____ Fax _____
 _____ Luogo di produzione _____
6. **Codice CIVAB:** _____
7. **Codice CND:** _____
8. **Codice UMDC:** _____
9. **Codice di Repertorio** (per apparecchiature immesse sul mercato dopo il 1 Maggio 2007) _____
10. **Data di prima immissione del modello sul mercato.** Anno _____
11. **Data di inizio commercializzazione in Italia** Anno _____
12. **Data di costruzione dell'apparecchiatura offerta** Anno _____
13. **Data dell'ultimo aggiornamento del modello** Anno _____
14. **Numero degli aggiornamenti (tecnologici/software) negli anni 2011/2013.** Nr. _____
15. **Data del prossimo aggiornamento (tecnologici/software) previsto.** Anno _____
16. **Periodo di garanzia assicurato dal produttore** dal Mesi _____
17. **Periodo di garanzia assicurato dal fornitore** dal Mesi _____

CARATTERISTICHE TECNICHE

18. **DOTATO DI DOPPO AGO CON POSSIBILITÀ DI AGO SINGOLO AUTOMATICO :**
 SI NO
19. **AUTOCARICAMENTO DELLE POMPE.**
 SI NO
20. **PRIMING INIZIALE AUTOMATICA.**
 SI NO
21. **PROCEDURA E REINFUSIONE FINALE COMPLETAMENTE AUTOMATICHE**
 SI NO
22. **AUTOTEST/DIAGNOSTICA DEI SENSORI COMPLETA ED AUTOMATICA:**
 SI NO

Se si

segue ⇒

22.1 GESTIONE DEL SISTEMA (Descrizione): _____

_____;

23. CONTROLLO AUTOMATICO DEL DOSAGGIO DELL'ANTICOAGULANTE:

SI NO

Se si:

23.1 MODALITA' DI CONTROLLO (Descrizione): _____

_____;

24. SCAMBIO PLASMATICO ISOVOLEMICO CON BILANCIAMENTO PROGRAMMABILE DEI LIQUIDI DI SOSTITUZIONE:

SI NO

Se si:

24.1 GESTIONE DELLO SCAMBIO (Descrizione): _____

_____;

25. APERTURA AUTOMATICA DELLE DUE LINEE DI SOLUZIONE FISIOLÓGICA IN CASO DI ARRESTO PROCEDURA PER MANTENERE PERVIO SIA L'ACCESSO VENOSO DI PRELIEVO CHE DI REINFUSIONE:

SI NO

26. CONTROLLO RIDONDANTE DI SICUREZZA SUL DOSAGGIO DELL'ANTICOAGULANTE ACD-A:

SI NO

Se si:

26.1. MODALITA' DI CONTROLLO (Descrizione): _____

_____;

segue ⇒

27. REINFUSIONE AUTOMATICA IN CONTINUO DEL BUFFY-COAT DURANTE LE PROCEDURE DI SCAMBIO PLASMATICO:

SI NO

Se si:

27.1. MODALITA' DI REINFUSIONE (Descrizione): _____

_____;

28. MODULO POMPA E MONITOR PRESSIONE INCORPORATI PER LE PROCEDURE DI PLASMATRATTAMENTO CON COLONNE O FILTRI.:

SI NO

29. VOLUME EXTRACORPOREO CONTENUTO PER TUTTI I CIRCUITI MONOUSO [ml]: _____

30. DOTATO DI BATTERIA DI EMERGENZA:

SI NO

31. DOTATO DI PORTA DI COMUNICAZIONE SENZA FILI E SOFTWARE PER LA GESTIONE DI PIÙ SEPARATORI CELLULARI E DI TUTTI I DATI DELLE PROCEDURE CON INTERFACCIAMENTO CON IL GESTIONALE EMONET:

SI NO

PERSONAL COMPUTER

32. TIPOLOGIA PERSONAL COMPUTER

32.1 PRODUTTORE (Specificare): _____;

32.2 MODELLO (Specificare): _____;

32.3 CARATTERISTICHE PERSONAL COMPUTER (Specificare):

_____;

segue ⇨

CARATTERISTICHE MONITOR:

33. TIPOLOGIA PERSONAL COMPUTER

33.1 PRODUTTORE (Specificare): _____;

33.2 MODELLO (Specificare): _____;

33.3 CARATTERISTICHE MONITOR (Specificare):

33.3.1 TIPOLOGIA MONITOR

CRT LCD – TFT

33.3.1 DIMENSIONI DELLO SCHERMO [pollici]: _____

33.3.2 DISPLAY A COLORI :

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

33.3.3 DISPLAY A CRISTALLI LIQUIDI :

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

33.3.4 DIAGONALE [Numero pollici]: _____;

33.3.5 RISOLUZIONE [Pixel]: _____;

33.3.6 SISTEMA ANTIAPPANNAMENTO:

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

33.3.7 DISPLAY CONFIGURABILE DALL'UTENTE :

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

33.3.8 DISPLAY TOUCH SCREEN:

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

34. TIPOLOGIA DISPLAY SECONDARIO

34.1 PRODUTTORE (Specificare): _____;

34.2 MODELLO (Specificare): _____;

34.3 CARATTERISTICHE MONITOR (Specificare):

34.3.1 TIPOLOGIA MONITOR

CRT LCD – TFT

34.3.2. DIMENSIONI DELLO SCHERMO [pollici]: _____

34.3.3. DISPLAY A COLORI :

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

34.3.4. DISPLAY A CRISTALLI LIQUIDI :

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

segue ⇨

34.3.5. **DIAGONALE** [Numero pollici]: _____;

34.3.6. **RISOLUZIONE** [Pixel]: _____;

34.3.7. **SISTEMA ANTIAPPANNAMENTO:**

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

34.3.8. **DISPLAY CONFIGURABILE DALL'UTENTE :**

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

34.3.9. **DISPLAY TOUCH SCREEN:**

ASSENTE PRESENTE OPZIONALE

35. STAMPANTE LASER

35.1. **TIPOLOGIA STAMPANTE BIANCO E NERO**

35.1.1. **PRODUTTORE** (Specificare): _____;

35.1.2. **MODELLO** (Specificare): _____;

35.1.3. **CARATTERISTICHE STAMPANTE** (Specificare):

_____;

35.1.4. **CONFIGURAZIONE**

INTEGRATA ESTERNA

CARATTERISTICHE GENERALI

36. **SISTEMI DI SICUREZZA ED ALLARMI :**

36.1. **SISTEMA DI AUTODIAGNOSI ALL'ACCENSIONE :**

<input type="checkbox"/>	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	PRESENTE	<input type="checkbox"/>	OPZIONALE
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------

36.2. **DISPOSITIVO PER ARRESTO DI EMERGENZA:**

<input type="checkbox"/>	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	PRESENTE	<input type="checkbox"/>	OPZIONALE
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------

36.1.1. **TIPOLOGIA DISPOSITIVO** (Specificare modalità di arresto) : _____

_____;

36.3. **ALLARMI PRESENTI** (Specificare la tipologia per ogni singolo allarme) :

_____;

segue ⇨

36.4. VOLUME ALLARMI REGOLABILE :

<input type="checkbox"/>	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	PRESENTE	<input type="checkbox"/>	OPZIONALE
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------

37 SILENZIAMENTO ALLARMI :

<input type="checkbox"/>	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	PRESENTE	<input type="checkbox"/>	OPZIONALE
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------

37.1. RIATTIVAZIONE ALLARMI :

<input type="checkbox"/>	MANUALE	<input type="checkbox"/>	AUTOMATICA
--------------------------	---------	--------------------------	------------

37.2. INTERVALLO DI RIATTIVAZIONE [min]: _____

38. CARATTERISTICHE DI ALIMENTAZIONE ELETTRICA :

57.1. TENSIONE [V]:

<input type="checkbox"/>	MONOFASE	<input type="checkbox"/>	TRIFASE
--------------------------	----------	--------------------------	---------

57.2. FREQUENZA [Hz]: _____

39. POTENZA :

57.1. PICCO [VA]: _____

57.2. STAND BY [VA]: _____

57.3. TIPOLOGIA DI ALIMENTAZIONE :

<input type="checkbox"/>	CAVO SEPARABILE	<input type="checkbox"/>	CAVO NON SEPARABILE	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--

ALTRO (Specificare): _____

57.4. TIPOLOGIA DI SPINA DI ALIMENTAZIONE :

<input type="checkbox"/>	SHUCKO	<input type="checkbox"/>	PETTINE	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------	--

ALTRO (Specificare): _____

40. ACCUMULATORI :

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----

SE SI:

segue⇒

<input type="checkbox"/>	PIOMBO	<input type="checkbox"/>	LITIO	<input type="checkbox"/>	NICHEL CADMIO	<input type="checkbox"/>	ALCALINE
--------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------

ALTRO (Specificare): _____

41. CARATTERISTICHE ERGONOMICHE :

57.1. MASSIME DIMENSIONI DI INGOMBRO [Larghezza X Altezza X Profondità cm]: : _____

57.2. PESO [kg]: _____

57.3. MATERIALE COSTRUTTIVO RIVESTIMENTO ESTERNO (Specificare) : _____

57.4. MASSIME DIMENSIONI PER ASSICURARE IL REGOLARE FUNZIONAMENTO [Larghezza X Altezza X Profondità cm]: : _____

42. CONDIZIONI DI ESERCIZIO :

57.1. LIMITI TEMPERATURA AMBIENTE [min / max - ° C]: _____

57.2. LIMITI UMIDITA' AMBIENTE [min / max - %]: _____

57.3. LIVELLO ACUSTICO [dB(A)]: _____;

57.4. ALLACCIAMENTO IMPIANTO IDRICO [BAR]: _____

57.5. ALLACCIAMENTO ARIA COMPRESSA [BAR]: _____

43. CONFORMITA' ALLE NORME DI SICUREZZA:

EN 60601-1 (CEI 62-5)

EN 60601-1-1 (CEI 62-51)

ALTRE (Specificare): _____

57.1. CLASSE DI ISOLAMENTO (Per la sicurezza elettrica): _____

57.2. TIPO DI PARTE APPLICATA (Specificare) : _____

57.3. GRADO PROTEZIONE CONTRO LA PENETRAZIONE DEI LIQUIDI: _____

44. CERTIFICAZIONE DI CONFORMITA' AL PRODOTTO:

MARCATURA CE (Direttiva CEE 93/42 recepita dal D. Lgs. 46/97)

57.1. DATA CONSEGUIMENTO DELLA MARCATURA CE: _____

57.2. ENTE NOTIFICATO COINVOLTO (Specificare nome e numero): _____

segue ⇨

57.3. CLASSE DI APPARTENENZA SECONDO DIRETTIVA 93/42/CEE: _____

57.4. DESTINAZIONE D'USO (Specificare) : _____

57.5. EVENTUALI LIMITAZIONE D'USO (Specificare) : _____

45. SOFTWARE E MANUALI :

57.1. SOFTWARE DI GESTIONE IN LINGUA ITALIANA:

<input type="checkbox"/>	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	PRESENTE	<input type="checkbox"/>	OPZIONALE
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------

45.1.1. DATA DELLA VERSIONE DEL SW INSTALLATO (In lingua Italiana): _____

57.2. POSSIBILITA' DI AGGIORNAMENTO E/O INTEGRAZIONE SOFTWARE:

<input type="checkbox"/>	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	PRESENTE	<input type="checkbox"/>	OPZIONALE
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------

57.3. MANUALE D'USO IN LINGUA ITALIANA:

<input type="checkbox"/>	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	PRESENTE	<input type="checkbox"/>	OPZIONALE
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------

57.4. DATA DELLA VERSIONE DEI MANUALI D'USO (In lingua Italiana): _____

46. MANUALE DI SERVICE IN LINGUA ITALIANA:

<input type="checkbox"/>	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	PRESENTE	<input type="checkbox"/>	OPZIONALE
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------

57.1. DATA DELLA VERSIONE DEI MANUALI DI SERVICE (In lingua Italiana): _____

47. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE DEL PRODOTTO :

57.1. CERTIFICAZIONE DEL PRODUTTORE: _____

_____;

57.2. CERTIFICAZIONE DEL FORNITORE: _____

57.3. ALTRI MARCHI VOLONTARI :

<input type="checkbox"/>	IMQ	<input type="checkbox"/>	VDE	<input type="checkbox"/>	TUV
<input type="checkbox"/>	ALTRO (Specificare) : _____				

segue ⇨

48. APPARECCHIATURE DELLO STESSO MODELLO PROPOSTO INSTALLATE IN ITALIA (Elenco dei presidi di referenza nel territorio nazionale da parte della ditta fornitrice, specificando: quantità, modello fornito, anno di installazione, presidio e n° telefonico di riferimento del presidio stesso. Le referenze devono essere correlate ad apparecchiature identiche o similari fornite negli esercizi 2011-2013.): ____

49. TEMPO MEDIO DI CONSEGNA DOPO RICEVIMENTO ORDINE [Giorni lavorativi]:

50. MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI (Specificare) : _____

51. METODO DI SANIFICAZIONE E STERILIZZAZIONE DELLE PARTI (Specificare) :

52. MANUTENZIONE GIORNALIERA E/O PERIODICA A CURA DEGLI OPERATORI (Specificare) : _____

segue ⇒

53. ACCESSORI IN DOTAZIONE DI SERIE (Specificare) : _____

54. ALTRI ACCESSORI (Specificare) : _____

55. CARATTERISTICHE PARTICOLARI (Specificare) : _____

56. INFRASTRUTTURE PARTICOLARI PER L'INSTALLAZIONE (Specificare) :

57. INFRASTRUTTURE PARTICOLARI PER L'INSTALLAZIONE :

57.1. NECESSITA' DI OPERE MURARIE O STRUTTURALI: Sì No

(SE SI allegare descrizione tecnica)

segue ⇨

57.2. NECESSITA' DI ALLACCIAMENTO AD IMPIANTI: Sì No

(SE SI allegare specifiche e descrizione tecnica)

57.3. NECESSITA' DI CONTINUITA' DELL'ALIMENTAZIONE ELETTRICA :

 Sì No (SE SI allegare descrizione tecnica)

57.4. CARATTERISTICHE AMBIENTALI PARTICOLARI: Sì No

(SE SI allegare specifiche e descrizione tecnica)

57.5. ULTERIORI INFRASTRUTTURE PARTICOLARI: Sì No

(SE SI descrizione specifiche e descrizione tecnica)

**58. DESCRIZIONE DELL'ATTREZZATURA E NOTE A CURA DEL
COMPILATORE** (Specificare) : _____

59. RISCHI PER PAZIENTE, OPERATORE O TERZI:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vibrazioni | <input type="checkbox"/> Radiazioni ionizzanti | <input type="checkbox"/> Radiazioni non ionizzanti |
| <input type="checkbox"/> calore | <input type="checkbox"/> Esalazioni | <input type="checkbox"/> Rumore (indicare LeQ in dBa)
_____ |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (Specificare): _____ | | |

60. INTERVENTI PER LA RIDUZIONI DEL RISCHIO (Specificare) : _____

**61. NECESSITA' DI UTILIZZO DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE
PER GLI OPERATORI:**

- NO SI

segue ⇔

SE SI (Indicare la tipologia di dispositivi di protezione individuale) : _____

(4) Firma
del rappresentante legale dell'Impresa
e timbro dell'Impresa

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

- 1) Cognome e nome;
- 2) Titolo in base al quale rappresenta l'Impresa;(titolare, amministratore unico, etc,). Nel caso in cui tale modello sia sottoscritto da un procuratore speciale autorizzato è necessario allegare copia dell'atto di procura in corso di validità;
- 3) Denominazione dell'Impresa;
- 4) Firma per esteso e leggibile;
- 5) I soggetti dotati di potere di rappresentanza sono:
 - a) Per le ditte individuali il titolare;
 - b) Per le società di capitali anche consortili ai sensi dell'art. 2615-ter del codice civile, per le società cooperative, di consorzi cooperativi, per i consorzi di cui al libro V, titolo X, capo II, sezione II del codice civile, il legale rappresentante e gli eventuali altri componenti l'organo di amministrazione, nonché ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione, superiore al 10%, ed i soci o consorziati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della Pubblica Amministrazione;
 - c) Per i consorzi di cui all'art. 2602 del codice civile, chi ne ha la rappresentanza e gli imprenditori o società consorziate;
 - d) per le società in nome collettivo, tutti i soci.
 - e) per le società in accomandita semplice, i soci accomandatari;
 - f) per le società di cui all'art. 2506 del codice civile, coloro che le rappresentano stabilmente nel territorio dello Stato.
- 6) congiuntamente alla presente dichiarazione si allega copia fotostatica non autenticata del proprio documento d'identità.

TIMBRARE E FIRMARE OGNI PAGINA DELLA PRESENTE SCHEDA .

OGNI CARATTERISTICA TECNICA, MISURABILE O RILEVABILE, DICHIARATA NELLA SCHEDA SARA' VERIFICATA DURANTE IL PERIODO DI PROVA.

