

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Modulo 4 Dichiarazione d'intenti di Donazione di un bene da parte di Onlus o Ditte	Rev. 07 del 24/12/2025 MR PA38_04 Pagina 1 di 2
---	--	--

MOD. 4 – FAC-SIMILE - DONAZIONE DI BENI MOBILI

Preg.mo Sig.
Direttore Generale
Azienda USL della Romagna
Via De Gasperi, 8
48121 Ravenna

Il/La sottoscritto/a _____

Presidente dell'Associazione/Amministratore Delegato della Ditta _____

_____ C.F./P.IVA _____

con sede legale a _____ CAP _____

in Via _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____

PEC _____

DICHIARA che la citata Associazione/Ditta intende donare il seguente bene/attrezzatura

con le caratteristiche come da documentazione allegata, del valore commerciale

di Euro _____ IVA _____ % **compresa**

per il seguente motivo (facoltativo) _____

da destinare all'Unità Operativa _____ dell'ambito territoriale di
(Ravenna – Cesena – Forlì – Rimini) _____ dell'Azienda U.S.L. della
Romagna.

IMPORTANTE - Nel rispetto della normativa vigente, questa Azienda USL potrà accettare la donazione di:

- TENDAGGI, SEDIE IMBOTTITE, POLTRONE, POLTRONE LETTO, DIVANI, DIVANI LETTO, MATEREASSI E CUSCINI se in possesso della omologazione del Ministero dell'Interno in corso di validità, da cui risulti che il bene rientra nella **“CLASSE DI REAZIONE AL FUOCO 1 IM” ADEGUATAMENTE CERTIFICATA** (omologazione non necessaria per i Dispositivi Medici);
- SEDIE NON IMBOTTITE, se appartenenti alla **“CLASSE DI REAZIONE AL FUOCO NON SUPERIORE A 2” (preferibilmente CLASSE 1 DI REAZIONE AL FUOCO) ADEGUATAMENTE CERTIFICATA**;
- TAVOLI, SCRIVANIE, ARMADIETTI (non in metallo), se realizzati con materiale di **“CLASSE 1 DI REAZIONE AL FUOCO ADEGUATAMENTE CERTIFICATA”**;
- PERSONAL COMPUTER, se dotati di sistema operativo **“WINDOWS 11 PRO E SUCCESSIVE VERSIONI”** e di **marcatatura CE, adeguatamente documentati**;
- DISPOSITIVI INFORMATIVI ED ACCESSORI (Stampanti, Casse audio, Scanner, ...) se **marcati CE**, con adeguata documentazione;
- BENI MOBILI DI INTERESSE STORICO - ARTISTICO, presentando almeno una fotografia a colori dell'opera artistica, con indicazione se possibile dei riferimenti dell'autore dell'opera (telefono, e-mail, galleria/studio, certificato di autenticità) e la stima unitaria dell'opera stessa.

L'Azienda USL non accetta donazioni con vincoli riguardo la scelta della collocazione e dell'utilizzo presente e futuro delle opere artistiche e si riserva in ogni caso di valutare, in relazione al valore storico o artistico del bene, l'opportunità di avviare la relativa pratica di accettazione.

☐] Dichiaro che per l'utilizzo detto bene/attrezzatura non necessita di materiale di consumo in esclusiva

oppure

☐] Dichiaro che per l'utilizzo detto bene/attrezzatura necessita di materiale di consumo in esclusiva e
precisamente (possibilmente indicare specificatamente i prodotti necessari ed il relativo costo)

oppure

☐] Dichiaro che per l'utilizzo detto bene/attrezzatura necessita di materiale di consumo non in esclusiva e
precisamente (possibilmente indicare l'eventuale materiale di consumo non dedicato necessario ed il relativo
costo) _____

Garanzia:

- in caso di attrezzatura sanitaria, il modulo allegato (**M/P01/02**) dovrà essere compilato e firmato a cura della
Ditta Fornitrice

- in caso di altro bene mobile, indicare il periodo di garanzia _____

A tal fine si allega alla presente la seguente documentazione in proprio possesso:

depliant illustrativi ☐], schede tecniche ☐], foto illustrative ☐], manuale d'uso ☐], garanzia e durata ☐]
dichiarazione di conformità ☐], indicazioni sulla modalità di eventuale formazione del personale ☐], scontrino
fiscale/fattura ☐], in caso di arredi Certificazione di reazione al fuoco del produttore/assemblatore/fornitore ☐].

In caso di attrezzatura che richieda una eventuale formazione del personale dell'Azienda USL dovrà essere
indicato chi effettuerà la formazione _____
e le relative modalità _____

Se presente indicare l'eventuale contratto di manutenzione post garanzia _____

Consegna: in accordo con l'U.O. di competenza in base alla tipologia del bene donato.

Il donante garantisce il donatario dall'evizione; inoltre garantisce che il bene oggetto della donazione è esente
da vizi e/o difetti.

Ai sensi dell'Articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679 si informa che i
dati forniti saranno trattati con finalità di gestione del procedimento di donazione oggetto della presente lettera
di intenti da parte dell'Azienda USL della Romagna.

Inoltre i dati predetti potranno essere oggetto di ulteriore trattamento con finalità di attività di ricerca fondi per
il finanziamento delle attività istituzionali o accessorie dell'Azienda USL della Romagna.

In applicazione dell'Articolo 7 del predetto Regolamento (UE) 2016/679, il sottoscritto esprime il consenso al
trattamento dei dati personali da parte dell'Azienda USL della Romagna.

Ai sensi dell'Art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità, consapevole
delle sanzioni penali ivi previste, il sottoscritto **dichiara che non sussistono conflitti d'interesse** in
riferimento all'attività svolta dal Donante e l'Azienda USL della Romagna e in particolare in riferimento alla
donazione oggetto del presente documento e inoltre **dichiara che, alla data odierna, non sta partecipando**
a gare d'appalto in corso di aggiudicazione relative ai beni/attrezzature sopra riportati/e che comportino
rapporti con l'Azienda USL della Romagna.

Luogo, data _____

Firma

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna UO Fisica Medica e Ingegneria Clinica Direttore Stefano Sanniti	Informazioni sulla manutenzione di apparecchiature Biomediche	Rev. 01 del 30/04/2023 MR/ P01//02 Pagina 1 di 2
---	--	---

DITTA OFFERENTE:

(compilare un modulo per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta, senza alcun riferimento ai prezzi)

DATI RELATIVI ALL'APPARECCHIATURA

- **TIPOLOGIA** _____
- **FABBRICANTE** _____
- **MODELLO** _____ **COD. ART. FABBRICANTE (REF)** _____
- **CND** _____ **n° REPERTORIO Disp Med** _____

PIANO MANUTENZIONE come previsto dal FABBRICANTE e dal MANUALE D'USO/SERVICE e/o dalla norma specifica _____					
	Consigliato	Obbligatorio	N.A.	Periodicità	Pag. Manuale d'uso/service
MANUTENZIONI PREVENTIVE (allegare eventuale checklist)	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____	
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA ☐ CEI 62-148 (EN 62353) ☐ CEI 66-5 (EN 61010-1)	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____	
VERIFICHE PRESTAZIONALI (NORME CEI _____ particolari)	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____	
CONTROLLI DI QUALITA' (es. apparecchiature diagnostica per immagini)	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____	
TARATURE / CALIBRAZIONI	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____; _____	
SOSTITUZIONE BATTERIA (es: interna, tampone)					
› _____	☐	☐	☐	☐ annuale ☐ altro: _____	
› _____	☐	☐	☐	☐ annuale ☐ altro: _____	
SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE					
› _____	☐	☐	☐	☐ annuale ☐ altro: _____	
› _____	☐	☐	☐	☐ annuale ☐ altro: _____	
› _____	☐	☐	☐	☐ annuale ☐ altro: _____	

TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Classificazione GDPR: Regolamento Generale (UE) 2016/679)

L'apparecchiatura gestisce dati del paziente? ☐ no, nessun dato ☐ solo dati paziente corrente ☐ sì, con archivio dati pazienti

DATI RELATIVI ALL'ASSISTENZA TECNICA

Nome ditta: _____ Partita Iva _____

Indirizzo (sede legale): _____ Telefono: _____ FAX: _____

Indirizzo (sede operativa): _____ Telefono: _____ FAX: _____

Mail

Assistenza

Tecnica:

Saranno ritenute inviate ufficialmente le richieste di assistenza trasmesse tramite mail. Si prega di notificare eventuali variazioni nel tempo dei contatti sopraindicati.

Data ____/____/____

Timbro e firma Rappresentante Ditta [Digitare qui]

Timbro e firma Rappresentante Ditta[Digitare qui]