

Nuoro, 01/ 06/2026 _prot. n. _____

Al Dir. della SC Provveditorato ASL Nuoro
e p.c. Dir. Generale ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco Trotta

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Ssa Maria Antonietta Calvisi

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**

Dott. Paolo Sau

**Servizio di Farmacia
Ospedaliera - Nuoro**

Direttore S.C.

Dott.ssa Paola Chessa

Farmacia Ospedaliera
P.O. "S. Francesco" Nuoro

Tel. 0784240528

Farmacia Ospedaliera
P.O.U. "S. Camillo" Sorgono

Tel. 0784623328

Oggetto: test molecolari varia diagnostica inclusa MVE e Hantavirus

Con la presente si richiede contrattualizzazione a valenza triennale, come da allegato fabbisogno della SC di laboratorio Analisi, per vari test in diagnostica molecolare simultanea di vari patogeni compresi Ebola Virus e Hantavirus..

Il materiale non è incluso in contratti o convenzioni attive a livello Regionale. E' in corso la definizione in ARES del capitolato per la gara regionale della diagnostica in biologia molecolare.

Valore presunto annuo: € 24.000,00 ca IVA esclusa

Distinti saluti

**CHESSA
PAOLA** Firmato
digitalmente da
CHESSA PAOLA
Data: 2026.06.01
13:36:30 +02'00'

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)

(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

**Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero**

**Oggetto: Richiesta d'acquisto KIT e Strumentazione SEEGENE ARROW Per test vari
: Hantavirus e Ebola- INTEGRAZIONE TEST MANUALI ED AUTOMATIZZATI SU
PIATTAFORMA MOLECOLARE**

N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: LABORATORIO ANALISI;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOSSA MAURA FIAMMA;

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interesse) e a tal fine si dichiara che **non vi sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ARES/ASL N. 3**, che quanto richiesto **non è reperibile nei magazzini aziendali** (economici, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o **non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica**.

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia **BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015** ☐ **si** ☐ **no**

VEDI OFFERTA ARROW ALLEGATA

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In primis, il bene/servizio/apparecchiatura **NON deve essere di rilevanza ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 Di Nuoro che disporrà per l'invio alle competenti strutture ARES, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per servizi sanitari), SC Acquisti Servizi Non Sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ARES.**

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ARES, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)**

N.B.: Specificare, **obbligatoriamente**, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

5) Trattasi di bene **DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE**, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 ☐ **si** ☐ **no**

In caso affermativo specificare DITTA SEEGENE ARROW e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico ☐ **si** ☐ **no** ; più lotti ☐ **si** ☐ **no**

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE **X PLURIENNALE** OCCASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

FIAMMA
MAURA

Firmato digitalmente da
FIAMMA MAURA
Data: 2026.05.29 16:17:24
+02'00'

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento ai fini del buon esito stesso della richiesta.

PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)

TTTTNNL65M481861D/620095000867300

50008673007.FMQw/

7.FMQw/Y6W04fEfY0c8BUzyQziZW5=

Y6W04fEfY0c8BUzyQziZW5=

Firmato digitalmente da
TTTTNNL65M481861D/620095000867300
7.FMQw/Y6W04fEfY0c8BUzyQziZW5=
Data: 2026.06.01 10:30:06 +02'00'

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

CHESSA PAOLA

Firmato digitalmente da CHESSA PAOLA
Data: 2026.06.01 13:36:52 +02'00'

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
