



ALLEGATO C

SERVIZIO DI NOLEGGIO "INCLUSIVE SERVICE DI AUSILI PER ASSISTENZA RESPIRATORIA DOMICILIARE

DICHIARAZIONE DI CONSEGNA, INSTALLAZIONE, ISTRUZIONE E ADDESTRAMENTO ALL'USO DELL'APPARECCHIATURA

Nome e cognome dell'Assistito _____

Nome e cognome dell'eventuale delegato _____

Indirizzo: _____ Telefono _____

Azienda Sanitaria _____ Rif. ordine _____ del _____

Si dichiara di aver ricevuto dalla Ditta _____ il seguente materiale in comodato d'uso: (DESCRIVERE TIPOLOGIA DI AUSILIO, MARCA, MODELLO, NUMERO DI MATRICOLA E/O N. SERIALE, ANNO DI COSTRUZIONE, ETC.

TIPOLOGIA DI AUSILIO	MARCA	MODELLO	NUMERO MATRICOLA	NUMERO SERIALE	ANNO DI COSTRUZIONE

Corredato dalla seguente documentazione:

- ⇒ Materiale di consumo come da elenco riportato nel documento di trasporto allegato;
- ⇒ Libretto di istruzioni e modalità di impiego delle apparecchiature sopradescritte, in lingua italiana;
- ⇒ Numero telefonico del servizio di assistenza continuativa (24 ore su 24 per 7 giorni alla settimana);
- ⇒ Nome del tecnico di riferimento della Ditta.

Il sottoscritto si impegna:

- A farne corretto uso e a garantirne la buona conservazione.
- A non trasferirle in altro domicilio senza preventiva notifica alla Ditta e al competente Servizio dell'Azienda Sanitaria.

Si dichiara, inoltre, di essere stato debitamente istruito dalla Ditta circa le norme riguardanti il corretto impiego delle apparecchiature consegnate, in particolare:

- Rispetto delle norme di sicurezza nell'utilizzo dell'apparecchiatura;
- Modalità sul corretto funzionamento dell'apparecchiatura, con effettuazione della dimostrazione pratica di funzionamento;
- Osservanza delle procedure d'emergenza;
- Modalità di chiamata del tecnico per interventi sulle apparecchiature (sono stati forniti i numeri di telefono da utilizzare in caso di necessità e/o emergenze a causa problemi di funzionamento dell'apparecchiatura).

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda Sanitaria Locale di _____, Ufficio Protesica del Distretto di riferimento, ogni variazione/interruzione riguardante l'utilizzo delle apparecchiature consegnate.

Data/...../.....

PER ACCETTAZIONE E PRESA IN CONSEGNA

(FIRMA DELL'ASSISTITO E/O DELEGATO)

SEGUE >>>>



LA SOTTOSCRITTA DITTA _____, CON RIFERIMENTO ALL'AFFIDAMENTO
DEL SERVIZIO IN NOLEGGIO DI AUSILI PER VENTILOTERAPIA DOMICILIARE DISPOSTO CON DELIBERAZIONE
N. ____ DEL _____, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE:

- LE ATTREZZATURE CONSEGNATE ALL'ASSISTITO _____
SONO CONFORMI A QUELLE DETTAGLIATE NEL CAPITOLATO TECNICO E NELLA PROPRIA OFFERTA N.
_____ DEL _____;
- SODDISFANO I REQUISITI DI SICUREZZA PREVISTI DALLE NORME INTERNAZIONALI IEC 601.1
CORRISPONDENTI ALLE NORME EUROPEE EN 60601-1 E NAZIONALI CEI 62-5, E ALTRE DISPOSIZIONI
INTERNAZIONALI RICONOSCIUTE (specificare)

DICHIARA, ALTRESI':

▪ **RELATIVAMENTE ALL'IDONEITÀ DEI LOCALI:**

- ☐ E' STATA VERIFICATA L'IDONEITÀ DEI LOCALI CON SCELTA DEL LUOGO PIÙ ADATTO
ALL'INSTALLAZIONE;
- ☐ E' STATA VERIFICATA LA CONFORMITÀ DELL'IMPIANTO ELETTRICO RELATIVO ALL'INSTALLAZIONE
DELL'APPARECCHIATURA;
- ☐ ALTRO (DETTAGLIARE) _____

▪ **RELATIVAMENTE ALL'UTILIZZO IN SICUREZZA DELL'APPARECCHIATURA CONSEGNATA:**

- ☐ E' STATA EFFETTUATA L'INSTALLAZIONE E LA VERIFICA DI FUNZIONAMENTO
DELL'APPARECCHIATURA CONSEGNATA, NEL RISPETTO DELLA VIGENTE NORMATIVA;
- ☐ AD AVVENUTA INSTALLAZIONE E' STATO RISCONTRATO IL PERFETTO FUNZIONAMENTO
DELL'APPARECCHIATURA CONSEGNATA IN TUTTE LE SUE COMPONENTI;
- ☐ E' STATA SPIEGATA AL PAZIENTE L'IMPORTANZA DI SEGUIRE CORRETTAMENTE LA TERAPIA
PRESCRITTA DAL PROPRIO MEDICO CURANTE

NOTE: _____

DATA/...../.....

(TIMBRO E FIRMA DEL TECNICO INCARICATO DELLA DITTA)