

Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

AREA CENTRALE REGIONALE D'ACQUISTO

ALLEGATO F4)

Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. n. 50/2016, per l'affidamento della fornitura di sistemi per biopsia mammaria mediante aspirazione vuoto assistita occorrente per le necessità delle AA.SS.LL., e I.R.C.C.S. della Regione Liguria per un periodo di anni tre (con opzione di rinnovo per ulteriori due anni). Lotti n. 3.

Numero gara 6787833

SCHEDA INFORMATIVA RELATIVA ALLE CARATTERISTICHE TECNICHE

(Presentare una scheda per ciascun lotto offerto)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ cap (_____) il _____

residente a _____ cap (_____) _____

in Via _____ n. _____

C.F. _____

1 - ☐ in qualità di _____ e legale rappresentante

oppure (barrare le casella corrispondente)

2 - ☐ in qualità di procuratore speciale, giusta procura speciale autenticata nella firma in data

_____ dal Notaio in _____ Dott.

_____, repertorio n. _____, e legale rappresentante

dell'impresa _____

con sede legale in _____ cap (_____) _____

via _____ n. _____

sede operativa in _____ cap (_____) _____

via _____ n. _____

C.F. _____ e P. IVA _____

di seguito "Impresa",

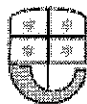
sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

DICHIARA:

- 1) che nel prodotto offerto nella presente procedura sono presenti **tutti i requisiti tecnici minimi (pena esclusione)**, previsti ai paragrafi del Capitolato tecnico - Sezione A, allegato al Disciplinare di gara;
- 2) che gli elementi identificativi del prodotto offerto sono quelli rappresentati nelle tabelle che seguono.

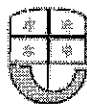
(compilare le tabelle allegate per i soli lotti per cui si presenta offerta)

1

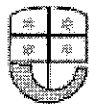


Requisiti minimi dei prodotti pena esclusione comuni a tutti i lotti

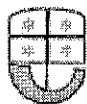
	Requisito	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)
1	l'apparecchiatura e tutto (compresi marcatori) il materiale di consumo necessario per eseguire le procedure VABB, (specificare composizione dei kit e caratteristiche del marcatore). Deve essere compatibile con tutte le apparecchiature in dotazione delle aziende liguri (comprendenti n.1 marcatore per procedura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Sistema VABB (Vacuum Assisted Breast Biopsy) per procedure di biopsia mammaria mediante aspirazione vuoto-assistita che consenta di effettuare prelievi multipli di tessuto attraverso un'unica inserzione nella cute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Adeguito per la biopsia di lesioni quali noduli, microcalcificazioni, masse, densità asimmetriche, distorsioni, lesioni multifocali, ecc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Sistema di ultimissima generazione: ogni ditta partecipante dovrà offrire l'ultimo modello commercializzato con l'ultima generazione di sonde nel rispetto delle caratteristiche tecnico-funzionali qui descritte (da certificare con Certificazione CE, data Repertorio Dispositivi Medici, o altro documento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Il sistema deve essere costituito da un'unità centrale unica di prelievo e controllo e da kit monouso contenenti gli aghi ed il relativo materiale di consumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Il sistema di prelievo deve essere chiuso per limitare l'esposizione ai fluidi biologici ed i rischi di contaminazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Di facile pulizia e sanificazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Dotato di adeguato carrello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Tutte le componenti dell'apparecchiatura e gli accessori e strumenti in fornitura devono essere nuovi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Ogni sistema deve essere corredato, già alla presentazione dell'offerta, di tutte le certificazioni di conformità alle normative vigenti e alle direttive CEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	(in particolare Direttiva 93/42/CEE e s.m.i. e certificato di marcatura CE che dovrà essere prodotto all'interno dell'offerta tecnica)			
11	Conformità alle norme CEI vigenti (es. CEI EN 60601-1, CEI EN 60601-2)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Ogni sistema deve essere corredato di n.2 copie dei manuali d'uso in lingua italiana (di cui una in formato elettronico CD/DVD)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Ogni sistema deve essere corredato di manuale di manutenzione in formato elettronico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Assistenza full risk all included per tutta la durata della fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Servizi compresi: manutenzione preventiva (comprese le verifiche di sicurezza elettrica) e manutenzione correttiva. Sono comprese tutte le parti di ricambio originali necessarie a mantenere la perfetta efficienza dell'apparecchiatura, nulla escluso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Condizioni obbligatorie: il presente documento definisce le condizioni "di minima" che la ditta aggiudicataria dovrà garantire per il servizio di assistenza tecnica alle apparecchiature fornite. Tali condizioni sono obbligatorie, non soggette a valutazione e la ditta dovrà sottoscriverle pena l'esclusione dalla gara. Tali condizioni sono applicate ai singoli componenti del sistema (es. ecografo, sonde, stampanti), ovvero la non disponibilità di uno o più componenti sarà considerata (anche ai fine del calcolo del fermo macchina e delle penali) come "non disponibilità" dell'intero sistema.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Personale, sede e riferimenti del servizio di assistenza: il servizio di assistenza sarà eseguito da personale qualificato. La ditta allega un documento in cui specifica: - numero di tecnici coinvolti specificando per ciascuno: nominativo qualifica e ruolo - sede del servizio di assistenza - numeri di telefono e fax a cui dovranno essere presentate le richieste di intervento e/o di chiarimenti in merito agli interventi - numeri di telefono e fax per comunicazioni di tipo amministrativo e/o finanziario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Modalità e tempi di effettuazione del servizio di assistenza: tutti i giorni lavorativi (dal lunedì al venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 18.30.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
19	Manutenzione preventiva: almeno n.1 visita all'anno (ma comunque in numero non inferiore a quanto indicato nel manuale d'uso). Il calendario delle visite andrà concordato con l'Ente committente. Durante le visite di manutenzione preventiva dovranno essere eseguite tutte le verifiche, le operazioni e le prove funzionali previste dal manuale dell'apparecchiatura e, in generale, necessarie a verificarne la corretta funzionalità.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	Verifiche di sicurezza: la ditta fornitrice si impegna a mantenere la conformità delle apparecchiature alle	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



	normative CEI (generali per elettromedicali e particolari alla tipologia di strumenti oggetto del contratto) via via vigenti in tema di sicurezza elettrica. In particolare si impegna ad effettuare (eventualmente in occasione della manutenzione preventiva) tutte le verifiche strumentali previste dalle norme CEI con la periodicità indicata dalle stesse norme			
21	Manutenzione correttiva: gli interventi di manutenzione correttiva dovranno essere effettuati con risoluzione del guasto entro 72 ore solari dalla chiamata. La chiamata potrà essere effettuata telefonicamente o tramite fax dall'Ingegneria Clinica, in base alle procedure in essere presso ogni ente committente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Parti di ricambio: tutti i ricambi utilizzati durante le visite di manutenzione preventiva e correttiva dovranno essere originali e sono compresi nel prezzo di aggiudicazione.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	Esclusioni: gli interventi inclusi non potranno riguardare malfunzionamenti conseguenti a dolo mentre comprenderanno malfunzionamenti conseguenti ad errato utilizzo del personale. L'indicazione di "rottura causata da dolo" dovrà essere evidenziata dalla Ditta fornitrice all'atto del ritiro dell'attrezzatura, riportandola chiaramente sul documento di ritiro unitamente alle motivazioni a supporto: ciò avverrà quindi in contraddittorio con il personale dell'Ingegneria Clinica che la consegna e dovrà essere da questo accettato tramite apposizione della propria firma e dichiarazione in tal senso. In tal caso l'intervento di riparazione non sarà conteggiato tra quelli inclusi all'interno del contratto e previsti dalla Ditta all'atto della presentazione della propria offerta. Tale intervento sarà liquidato a parte.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Sostituzione temporanea: in caso di fermo macchina superiore a 72 ore solari dalla chiamata dovrà essere fornita un'apparecchiatura sostitutiva. Tale fornitura interromperà il conteggio delle penali solo nel caso in cui l'apparecchiatura sostitutiva abbia caratteristiche pari o superiori a quella ferma.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	Fermo macchina: il tempo di fermo sarà calcolato secondo il seguente schema: - manutenzione preventiva, programmata = tempo naturale (ore) consecutivo (feriale, festivo) tra il momento in cui la macchina viene resa disponibile dagli utilizzatori e il momento della consegna da parte della ditta certificata dal verbale di lavoro sottoscritto da chi prende in consegna l'unità dopo l'intervento. -manutenzione correttiva (guasto o malfunzionamento) = tempo naturale (ore) consecutivo (feriale, festivo) tra la segnalazione del problema riscontrato e la ripresa dell'attività certificata dal verbale di lavoro sottoscritto da chi prende in consegna l'unità dopo l'intervento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



26	Penali: per ogni giorno naturale di fermo macchina aggiuntivo rispetto a 240 ore/anno l'Ente committente provvederà ad applicare una penale per un valore pari a € 500,00 IVA esclusa per ogni giorno di ritardo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
27	Comunicazioni: la ditta fornitrice si impegna a fornire ogni informazione richiesta dalla Struttura Ingegneria Clinica utile a migliorare il rapporto contrattuale per quanto concerne gli aspetti tecnici e commerciali.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
28	Responsabilità: la responsabilità civile e penale di eventuali danni, a oggetti o persone, imputabili al malfunzionamento di un'apparecchiatura è a totale carico della ditta fornitrice.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
29	L'impresa è comunque obbligata a fornire, a titolo gratuito, tutto ciò che dovesse ulteriormente servire per il buon funzionamento dell'apparecchiatura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Requisiti minimi dei prodotti pena esclusione lotto 1- Sistema per procedure sotto guida stereotassica

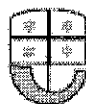
	Requisito	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)
1a	Dotato di tutti gli accessori per l'utilizzo sulle stereotassi presenti sulle apparecchiature in dotazione presso le Aziende sanitarie liguri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1b	Il sistema deve essere dotato almeno di aghi di calibro esterno compreso tra 7 e 12 Gauge	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**A – Caratteristiche funzionali oggetto di valutazione. Max 40 punti
Lotto 1 – Sistema per procedure sotto guida stereotassica**

	Criteri	Punteggio massimo	Modalità di attribuzione	Note di dettaglio (indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)



1.1	Sistema ad elevata ergonomia e semplicità d'uso, che consenta la riduzione dei tempi dell'esame biptico, di preparazione della procedura, di controllo radiologico e trattamento dei frustoli di tessuto da inviare all'analisi istologica.	4	Q2	
1.2	Sistema di accensione e verifica rapido e facile da usare (Descrivere)	3	Q2	
1.3	Sistema adeguato ad ottenere campioni tissutali di alta qualità in un intervallo di tempo ridotto (Descrivere e precisare)	3	Q2	
1.4	Dotato di sistema di infusione farmaci e anestetici nella cavità durante il trattamento (Descrivere)	3	Q2	
1.5	Dotato di sistema di lavaggio con fisiologica durante il trattamento (Descrivere)	3	Q2	
1.6	Acquisizione dei campioni in modo continuo e con raccolta automatica dei campioni tissutali in filtro dedicato (Descrivere)	3	Q2	
1.7	Il sistema deve avere alta capacità di aspirazione (Descrivere e precisare metodo di aspirazione)	3	Q2	
1.8	Dotato di azionamento con comando a pedale, per poter utilizzare il sistema mantenendo entrambe le mani libere (Descrivere)	3	Q2	
1.9	Il marcatore amagnetico deve preferibilmente avere più forme disponibili ed essere facilmente individuabile sotto guida ecografica, RX e MR (Precisare).	10	Q2	
1.10	Corso di formazione e addestramento per il personale presso le aziende sanitarie, eseguito da personale qualificato, allegando il piano di addestramento	5	Q1	
	Totale	40		

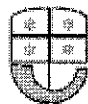


B-Caratteristiche generali oggetto di prova pratica clinica. Max 30 punti
Lotto 1 – Sistema per procedure sotto guida stereotassica

	Criteri	Punteggio massimo	Modalità di attribuzione	Note di dettaglio (indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)
1.10	Versatilità e funzionalità in ambito clinico. (Si valuta la semplicità e la versatilità nell'esecuzione dell'esame)	10	Q2	
1.11	Caratteristiche del frustolo prelevato. (Si valuta la qualità del campione prelevato dal punto di vista anatomico-patologico: grandezza, peso, volume)	10	Q2	
1.12	Ecovisibilità, stabilità dell'ecovisibilità nel tempo tra la biopsia e l'intervento chirurgico e non migrazione delle clip in ambito radiologico.	10	Q2	
	Totale	30		

Dati generali dell'apparecchiatura del lotto 1

1	Fabbricante	
2	Modello	
3	Anno di inizio produzione	
4	Codice CIVAB (se esistente)	
5	Classificazione CND (obbligatorio)	
6	Classificazione GMDN	
7	Numero di RDM (obbligatorio)	
8	Classificazione 93/42/CE	
9	Classificazione CEI (classe, tipo)	
10	Ingombro (LxPxH)	
11	Peso Totale (kg)	
12	Peso di ciascuna componente dell'apparecchiatura (Kg)	
13	Alimentazione elettrica (monofase, trifase)	
14	Caratteristiche di alimentazione elettrica (V, A, VA)	
15	Potenza elettrica assorbita in stand-by e in funzionamento (KW)	
16	Necessità di continuità dell'alimentazione elettrica (gruppo di continuità, stabilizzatore, altro)	
17	Norme CEI di riferimento	



Requisiti minimi dei prodotti pena esclusione lotto 2- Sistema per procedure sotto guida ecografica

	Requisito	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)
2a	Dotato di wireless per procedure sotto guida ecografica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2b	Il sistema deve essere dotato almeno di aghi di calibro esterno compreso tra 10 e 13 Gauge	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

A – Caratteristiche funzionali oggetto di valutazione. Max 40 punti **Lotto 2 – Sistema per procedure sotto guida ecografica**

	Criteri	Punteggio massimo	Modalità di attribuzione	Note di dettaglio (indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)
2.1	Sistema ad elevata ergonomia e semplicità d'uso, che consenta la riduzione dei tempi dell'esame biotico, di preparazione della procedura, di controllo radiologico e trattamento dei frustoli di tessuto da inviare all'analisi istologica.	4	Q2	
2.2	Sistema di accensione e verifica rapido e facile da usare (Descrivere)	3	Q2	
2.3	Sistema adeguato ad ottenere campioni tissutali di alta qualità in un intervallo di tempo ridotto (Descrivere e precisare)	3	Q2	

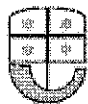


2.4	Dotato di sistema di infusione farmaci e anestetici nella cavità durante il trattamento (Descrivere)	4	Q2	
2.5	Dotato di sistema di lavaggio con fisiologica durante il trattamento (Descrivere)	3	Q2	
2.6	Acquisizione dei campioni in modo continuo e con raccolta automatica dei campioni tissutali in filtro dedicato (Descrivere)	4	Q2	
2.7	Il sistema deve avere alta capacità di aspirazione (Descrivere e precisare metodo di aspirazione)	4	Q2	
2.8	Il marcatore amagnetico deve preferibilmente avere più forme disponibili ed essere facilmente individuabile sotto guida ecografica, RX e MR (Precisare)	10	Q2	
2.9	Corso di formazione e addestramento per il personale presso le aziende sanitarie, eseguito da personale qualificato, allegando il piano di addestramento	5	Q1	
	Totale	40		

B–Caratteristiche generali oggetto di prova pratica clinica. Max 30 punti

Lotto 2 – Sistema per procedure sotto guida ecografica

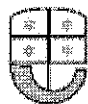
	Criteri	Punteggio massimo	Modalità di attribuzione	Note di dettaglio (indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)
2.10	Versatilità e funzionalità in ambito clinico. (Si valuta la semplicità e la versatilità nell'esecuzione dell'esame)	10	Q2	
2.11	Caratteristiche del frustolo prelevato. (Si valuta la qualità del campione prelevato dal punto di vista anatomo-patologico: grandezza, peso, volume)	10	Q2	
2.12	Ecovisibilità, stabilità dell'ecovisibilità nel tempo tra la biopsia e l'intervento chirurgico e non migrazione delle clip in ambito radiologico.	10	Q2	
	Totale	30		



Dati generali dell'apparecchiatura del lotto 2		
1	Fabbricante	
2	Modello	
3	Anno di inizio produzione	
4	Codice CIVAB (se esistente)	
5	Classificazione CND (obbligatorio)	
6	Classificazione GMDN	
7	Numero di RDM (obbligatorio)	
8	Classificazione 93/42/CE	
9	Classificazione CEI (classe, tipo)	
10	Ingombro (LxPxH)	
11	Peso Totale (kg)	
12	Peso di ciascuna componente dell'apparecchiatura (Kg)	
13	Alimentazione elettrica (monofase, trifase)	
14	Caratteristiche di alimentazione elettrica (V, A, VA)	
15	Potenza elettrica assorbita in stand-by e in funzionamento (KW)	
16	Necessità di continuità dell'alimentazione elettrica (gruppo di continuità, stabilizzatore, altro)	
17	Norme CEI di riferimento	

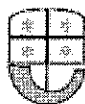
Requisiti minimi dei prodotti pena esclusione lotto 3- Sistema per procedure sotto guida risonanza magnetica

	Requisito	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)
3a	Il sistema di prelievo, compresi tutti gli accessori necessari alla biopsia (manipolo, sistema di introduzione dell'ago e sistema di rilascio della clip), deve essere completamente AMAGNETICO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3b	Il sistema deve essere dotato almeno di aghi di calibro esterno compreso tra 7 e 12 Gauge	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



A – Caratteristiche funzionali oggetto di valutazione. Max 40 punti
Lotto 3 – Sistema per procedure sotto guida risonanza magnetica

	Criteri	Punteggio massimo	Modalità di attribuzione	Note di dettaglio (indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)
3.1	Sistema ad elevata ergonomia e semplicità d'uso, che consenta la riduzione dei tempi dell'esame biotico, di preparazione della procedura, di controllo radiologico e trattamento dei frustoli di tessuto da inviare all'analisi istologica.	4	Q2	
3.2	Sistema di accensione e verifica rapido e facile da usare (Descrivere)	3	Q2	
3.3	Sistema adeguato ad ottenere campioni tissutali di alta qualità in un intervallo di tempo ridotto (Descrivere e precisare)	3	Q2	
3.4	Dotato di sistema di infusione farmaci e anestetici nella cavità durante il trattamento (Descrivere)	3	Q2	
3.5	Dotato di sistema di lavaggio con fisiologica durante il trattamento (Descrivere)	3	Q2	
3.6	Acquisizione dei campioni in modo continuo e con raccolta automatica dei campioni tissutali in filtro dedicato (Descrivere)	3	Q2	
3.7	Il sistema deve avere alta capacità di aspirazione (Descrivere e precisare metodo di aspirazione)	3	Q2	
3.8	Dotato di azionamento con comando a pedale, per poter utilizzare il sistema mantenendo entrambe le mani libere (Descrivere)	3	Q2	
3.9	Il marcatore amagnetico deve preferibilmente avere più forme disponibili ed essere facilmente individuabile sotto guida ecografica, RX e MR (Precisare)	10	Q2	
3.10	Corso di formazione e addestramento per il personale presso le aziende sanitarie, eseguito da personale qualificato, allegando il piano di addestramento	5	Q1	
	Totale	40		



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

B-Caratteristiche generali oggetto di prova pratica clinica. Max 30 punti
Lotto 3 – Sistema per procedure sotto guida risonanza magnetica

	Criteri	Punteggio massimo	Modalità di attribuzione	Note di dettaglio (Indicare i dati richiesti ed il numero di pagina e i riferimenti alla documentazione tecnica allegata)
3.11	Versatilità e funzionalità in ambito clinico. (Si valuta la semplicità e la versatilità nell'esecuzione dell'esame)	10	Q2	
3.12	Caratteristiche del frustolo prelevato. (Si valuta la qualità del campione prelevato dal punto di vista anatomico-patologico: grandezza, peso, volume)	10	Q2	
3.13	Ecovisibilità, stabilità dell'ecovisibilità nel tempo tra la biopsia e l'intervento chirurgico e non migrazione delle clip in ambito radiologico.	10	Q2	
	Totale	30		

Dati generali dell'apparecchiatura del lotto 3

1	Fabbricante	
2	Modello	
3	Anno di inizio produzione	
4	Codice CIVAB (se esistente)	
5	Classificazione CND (obbligatorio)	
6	Classificazione GMDN	
7	Numero di RDM (obbligatorio)	
8	Classificazione 93/42/CE	
9	Classificazione CEI (classe, tipo)	
10	Ingombro (LxPxH)	
11	Peso Totale (kg)	
12	Peso di ciascuna componente dell'apparecchiatura (Kg)	
13	Alimentazione elettrica (monofase, trifase)	
14	Caratteristiche di alimentazione elettrica (V, A, VA)	
15	Potenza elettrica assorbita in stand-by e in funzionamento (KW)	
16	Necessità di continuità dell'alimentazione elettrica (gruppo di continuità, stabilizzatore, altro)	
17	Norme CEI di riferimento	

U



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

Luogo e data

_____, _____

IL DICHIARANTE (firma del dichiarante e timbro dell'impresa)

Modalità di compilazione della domanda:

1. La firma non è soggetta ad autenticazione.
2. La presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a **copia fotostatica non autenticata** di un documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 comma 3) del D.P. R. n. 445/2000.

Handwritten signature