

**VERBALE DI CONSEGNA/INSTALLAZIONE e ADDESTRAMENTO
(ALLEGATO B)**

In data odierna sono state consegnate a

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il ____/____/____ residente a _____ cap. _____

in via _____ Tel. _____

le seguenti apparecchiature che sono in perfette condizioni di igiene, efficienza, funzionalità e sicurezza e sono state installate a regola d'arte in locali idonei con riferimento alle esigenze strutturali, impiantistiche, microclimatiche richieste dal costruttore:

Tipo apparecchio/recipiente	Costruttore	Modello	nr. Serie o nr. AIC

Si specifica inoltre quanto segue:

- Sono state effettuate la verifica di sicurezza dei locali e

☐ sono state riscontrate le seguenti criticità:

ovvero

☐ non sono state riscontrate criticità.

- È stata effettuata formazione/addestramento/istruzione dell'assistito e/o caregiver come da Capitolato Tecnico e offerta presentata.
- Sulle apparecchiature alimentate elettricamente sono state eseguite le verifiche di sicurezza elettrica in conformità alla norma EN 60601-1 (Guida EN CEI 62353).
- Si è inoltre provveduto ad addestrare all'utilizzo, alla rilevazione di anomalie e alla gestione delle chiamate i/il (*indicare il/i nominativi*) _____
a cui è stato consegnato il manuale d'uso in italiano.

IL QUALE DICHIARA:

- di utilizzare le apparecchiature secondo le disposizioni tecniche e le indicazioni cliniche;
- che il dispositivo è stato consegnato in comodato d'uso e che pertanto si impegnerà ad utilizzarlo in conformità alla normativa vigente;
- di impegnarsi a farne corretto uso e a garantirne la buona conservazione e in caso di danni o distruzione delle apparecchiature, dovuti ad incuria, dolo, uso improprio, manomissioni, smarrimento, a rimborsare il Fornitore per eventuali riparazioni necessarie e/o per costi dei ricambi, con esclusione di degrado e usura dovuti all'impiego;
- di aver ricevuto adeguato addestramento/informazione circa l'utilizzo del dispositivo e delle interfacce e sul corretto posizionamento degli stessi nell'ambiente individuato;
- di aver ricevuto adeguato addestramento/informazione circa i provvedimenti da adottare in caso di guasto, malfunzionamento e manovre da eseguire in caso di emergenza;
- di aver ricevuto copia della prova di accettazione secondo le norme sopra indicate per apparecchi alimentati a rete;
- che gli è stata rilasciata la seguente documentazione:
 - opuscolo con precauzioni e norme di sicurezza per l'utilizzo di bombole d'ossigeno terapeutico;
 - libretto di istruzioni e modalità di impiego delle apparecchiature;
 - numero telefonico del Fornitore (numero verde) a cui farà capo il servizio di assistenza tecnica ventiquattro ore su ventiquattro;
 - numero telefonico dell'Azienda sanitaria a cui segnalare eventuali problemi e disservizi;
- di essere a conoscenza che le apparecchiature non potranno essere spostate (in caso di cambio di domicilio dovrà essere data preventiva comunicazione all'Azienda sanitaria);
- di impegnarsi a comunicare all'Ufficio competente dell'Azienda Sanitaria _____
_____ l'interruzione dell'utilizzo dell'ossigeno liquido o altra apparecchiatura (per ricovero, interruzione volontaria, decesso, altro) entro sette giorni dalla data di interruzione;
- che a fine utilizzo si impegna a riconsegnare il/i dispositivo/i di cui sopra al Fornitore.

LUOGO DI CONSEGNA:

[] Domicilio

[] RSA/RSD/Struttura: _____

In fede

FIRMA_____ (Fornitore)

FIRMA_____ (Paziente/Caregiver)

IN CASO DI CONSEGNA IN RSA

Il referente della Struttura, con la firma del presente verbale, attesta:

- l'effettiva presenza dell'assistito presso la struttura alla data odierna;
- l'impegno della Struttura a comunicare immediatamente al Fornitore l'eventuale decesso, trasferimento o dimissione del paziente per consentire il ritiro dei dispositivi entro 48 ore;
- la presa in consegna dei dispositivi di cui sopra ai fini della custodia e corretta gestione all'interno dei locali comuni o della camera dell'ospite.

Referente della Struttura (per RSA): _____ Qualifica: _____

_____, _____, _____
(luogo) (data) (ora)

Nota per il Fornitore: La mancata verifica della presenza del paziente o l'assenza della firma del referente della struttura rende il presente verbale nullo ai fini della fatturazione del canone.