

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI DA DESTINARE ALLE UU.OO. PNEUMOLOGIA E CARDIOLOGIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI VILLA D’AGRI.**

<b>LOTTO</b>	<b>APPARECCHIATURA</b>	<b>SPESA COMPLESSIVA IVA ESCLUSA</b>
<b>A</b>	<b>FORNITURA ED INSTALLAZIONE DI N. 1 POLISONNIGRAFO</b>	<b>€ 45.000,00</b>
<b>B</b>	<b>FORNITURA ED INSTALLAZIONE DI N. 1 MONITOR PARAMETRI VITALI (U.T.I.C.)</b>	<b>€ 25.000,00</b>
<b>C</b>	<b>FORNITURA ED INSTALLAZIONE DI N. 1 DEFIBRILLATORE (U.T.I.C.)</b>	<b>€ 13.000,00</b>
<b>D</b>	<b>FORNITURA ED INSTALLAZIONE DI N. 1 LETTO DA TERAPIA INTENSIVA, COMPLETO DI MATERASSO (U.T.I.C.)</b>	<b>€ 7.500,00</b>
<b>E</b>	<b>FORNITURA ED INSTALLAZIONE DI N. 2 POMPE PER INFUSIONE (U.T.I.C.)</b>	<b>€ 2.500,00</b>

**QUESTIONARI DATI TECNICI**

## LOTTO A: N. 1 POLISONNIGRAFO

1. **DITTA PRODUTTRICE:** (nome e indirizzo completo) \_\_\_\_\_

2. **DITTA DISTRIBUTRICE:** \_\_\_\_\_

3. **MODELLO:** \_\_\_\_\_

4. **ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO DELL'ULTIMA VERSIONE:** \_\_\_\_\_

1. **Modalità del funzionamento telemetrico** (descrivere): \_\_\_\_\_

2. **Numero e tipologia dei canali cardio-respiratori:** \_\_\_\_\_

3. **Numero e tipologia dei canali EEG** (EEG, EOG, EMG) \_\_\_\_\_

4. **Tipologia di flusso:**

con termistore

cannula nasale

5. **Rilevazioni:**

SpO<sub>2</sub>

SI

NO

OPZIONALE

HR

SI

NO

OPZIONALE

Pletismogramma

SI

NO

OPZIONALE

ALTRO (descrivere): \_\_\_\_\_

6. **Posizione corporea** (descrivere): \_\_\_\_\_

7. **Modalità di rilevazione del russamento:**

tramite microfono

tramite cannula nasale

ALTRO (descrivere): \_\_\_\_\_

8. **Fasce per la determinazione dello sforzo toracico/addominale**

SI

NO

OPZIONALE

9. **Luce ambiente**

SI

NO

OPZIONALE

10. **Numero canali PLM per gamba destra e sinistra:** \_\_\_\_\_

11. **Modalità di rilevazione ECG** (descrivere): \_\_\_\_\_

12. **Maker paziente**

SI

NO

Se **SI**, descrivere \_\_\_\_\_

13. **Modalità di determinazione del livello di ostruzione** (descrivere): \_\_\_\_\_

14. **Modalità di determinazione e visualizzazione dell'impedenza dei canali EEG** (descrivere): \_\_\_\_\_

15. **Modalità di funzionamento del sistema:**

- indossato direttamente sul paziente                       SI                       NO  
 Funzionamento in telemetria                                       SI                       NO  
 Privo di parti di collegamento esterne                               SI                       NO  
 Facilita la mobilità del soggetto                       SI                       NO  
 ALTRO (descrivere): \_\_\_\_\_

16. **PTT** (descrivere): \_\_\_\_\_

17. **Modalità di determinazione della pressione sistolica**

- SI                       NO

Se **SI**, descrivere \_\_\_\_\_

18. **Possibilità di futuri aggiornamenti delle funzioni e/o ampliamenti** (descrivere): \_\_\_\_\_

19. **Alimentazione:**

Tipo di batteria (descrivere): \_\_\_\_\_

- batterie ricaricabili                                       SI                       NO  
 batterie non ricaricabili                                       SI                       NO  
 durata (autonomia di registrazione)                               SI                       NO

ALTRO (descrivere): \_\_\_\_\_

- Indicatore del livello di carica della batteria                       SI                       NO                       OPZIONALE

20. **Dotazioni a corredo del sistema:**

sistema telemetrico bi-direzionale per la visualizzazione e memorizzazione su PC a distanza dei segnali acquisiti                                       SI                       NO

stadiazione on-line

trasduttore di pressione per la determinazione della pressione CPAP                       SI                       NO

elettrodo EEG semplificato per la determinazione dei canali EEG                       SI                       NO

(se **SI** specificare il numero dei canali EEG) \_\_\_\_\_

elettrodo EEG semplificato per la determinazione dei canali EOG                       SI                       NO

(se **SI** specificare il numero dei canali EOG) \_\_\_\_\_

ALTRO (descrivere): \_\_\_\_\_

21. **Consolle** (breve descrizione): \_\_\_\_\_

22. **Personal computer** (breve descrizione con riferimento ai punti sottoindicati:)

- a. Requisiti (Produttore, tipo di processore, capacità RAM, capacità Hard Disk, tipologia scheda video, tipologia scheda grafica, numero porte USB, masterizzatore CD-ROM, floppy drive, etc.)
- b. sistema operativo
- c. monitor colori TFT (numero di pollici etc.)
- d. stampante (Produttore, modalità di stampa, formato di stampa,

**23. Tipologia del software per la gestione, il campionamento e l'analisi dei parametri registrati**

(descrivere): \_\_\_\_\_

---

**24. CONFORMITA' ALLE NORME DI SICUREZZA:**

- CEI 62-5 (IEC 601-1)
- ALTRE (specificare) \_\_\_\_\_

**25. CERTIFICAZIONE DI CONFORMITA' DEL PRODOTTO**

- MARCHIO CE
  - MARCHIO IMQ
  - ALTRI MARCHI DI QUALITA' RILASCIATI DA ORGANISMI CERTIFICATORI EUROPEI
- 

**26. ACCESSORI IN DOTAZIONE DI SERIE: (descrivere):** \_\_\_\_\_

---

**27. CARATTERISTICHE E FUNZIONI PARTICOLARI PROPRIE DEL SISTEMA (descrivere):**

---

---

Ogni caratteristica tecnica, misurabile o rilevabile, dichiarata nel questionario, dovrà essere dimostrata in fase di collaudo.

**TIMBRO E FIRMA (a)**  
**(Legale Rappresentante)**

---

(a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.

## LOTTO B: MONITOR PARAMETRI VITALI

1. **DITTA PRODUTTRICE:** (nome e indirizzo completo) \_\_\_\_\_

2. **DITTA DISTRIBUTTRICE:** \_\_\_\_\_

3. **MODELLO:** \_\_\_\_\_

4. **ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO DELL'ULTIMA VERSIONE:** \_\_\_\_\_

5. **DIMENSIONI DELLO SCHERMO** (pollici) \_\_\_\_\_

**6. DISPLAY A COLORI**

PRESENTE

ASSENTE

7. **NUMERO DI TRACCE:** \_\_\_\_\_

8. **VELOCITA' DELLE TRACCE** (mm/sec): \_\_\_\_\_

**9. MEMORIA:**

PRESENTE

ASSENTE

**10. PARAMETRI RILEVABILI**

ECG

FREQUENZA CARDIACA

PRESSIONE

RESPIRO

TEMPERATURA

ALTRI (specificare) \_\_\_\_\_

**11. CANALE ECG**

11.1 DERIVAZIONI SELEZIONABILI \_\_\_\_\_

11.2 IMPEDENZA DI INGRESSO (Mohm): \_\_\_\_\_

11.3 LARGHEZZA DI BANDA (da Hz a Hz): \_\_\_\_\_

**11.4 INDICATORE QRS**

VISIVO

SONORO

ASSENTE

**11.5 POSSIBILITA' DI ANALISI ECG:**

PRESENTE

ASSENTE

**11.6 POSSIBILITA' DI DEFIBRILLATORE**

PRESENTE

ASSENTE

**11.7 PROTEZIONE DA SCARICHE DI DEFIBRILLAZIONE**

PRESENTE

ASSENTE

**11.8 USCITA PER SINCRONISMO CON CARDIOVERSO:**

PRESENTE

ASSENTE

**11.9 CARDIOFREQUENZIMETRO:**

PRESENTE

ASSENTE

**11.10 ALLARME FREQUENZA**

VISIVO

SONORO

ASSENTE

**12. CANALE PRESSIONE**

**12.1 CAMPO DI MISURA** (da mm di Hg a mm di Hg): \_\_\_\_\_

**12.2 SENSIBILITA'** ( $\mu$  V/mm di Hg): \_\_\_\_\_

**12.3 ZERO AUTOMATICO**

PRESENTE

ASSENTE

**12.4 LARGHEZZA DI BANDA** (da Hz a Hz): \_\_\_\_\_

**12.5 ALLARME PRESSIONE**

VISIVO

SONORO

ASSENTE

**12.6 POSSIBILITA' DI MISURA NON INVASIVA DELLA PRESSIONE**

PRESENTE

ASSENTE

**13. CANALE TEMPERATURA**

**13.1 CAMPO DI MISURA** (da °C a °C): \_\_\_\_\_

**13.2 TEMPO DI RISPOSTA** (sec): \_\_\_\_\_

**13.3 ALLARME TEMPERATURA:**

VISIVO

SONORO

ASSENTE

**14. CANALE RESPIRO**

**14.1 CAMPO DI MISURA ( DA Bpm a Bpm):** \_\_\_\_\_

**14.2 ALLARME RESPIRO:**

- VISIVO
- SONORO
- ASSENTE

**15. INTERFACCIA PER SISTEMA CENTRALIZZATO:**

- PRESENTE
  
- ASSENTE

**16. INTERFACCIA PER COMPUTER**

- PRESENTE
  
- ASSENTE

**17. STAMPANTE SU CARTA**

- PRESENTE
  
- ASSENTE

**17.1 NUMERO DI CANALI:** \_\_\_\_\_

**17.2 SISTEMA DI SCRITTURA:** \_\_\_\_\_

**17.3 VELOCITA' DI TRASCINAMENTO DELLA CARTA (mm/sec):** \_\_\_\_\_

**18. CARATTERISTICHE DI ALIMENTAZIONE:**

18.1 TENSIONE ( V): \_\_\_\_\_

18.2 FREQUENZA (Hz): \_\_\_\_\_

18.3 POTENZA ASSORBITA (VA): \_\_\_\_\_

**19. ACCUMULATORI RICARICABILI**

- PRESENTI
  
- ASSENTI

**19.1 TIPO DI ACCUMULATORI:** \_\_\_\_\_

**19.2 AUTONOMIA (min o h):** \_\_\_\_\_

**19.3 TEMPO DI RICARICA (min o h)** \_\_\_\_\_

**20. CARATTERISTICHE COSTRUTTIVE**

**20.1 DIMENSIONI (Larghezza x altezza x profondità in mm):** \_\_\_\_\_

**20.2 PESO (kg):** \_\_\_\_\_

**21. CONFORMITA' ALLE NORME DI SICUREZZA:**

- CEI 62-5 (IEC 601-1)
- CEI 62-18
- ALTRE (specificare) \_\_\_\_\_

**22. CERTIFICAZIONE DI CONFORMITA' DEL PRODOTTO**

- MARCHIO CE
- MARCHIO IMQ
- ALTRI MARCHI DI QUALITA' RILASCIATI DA ORGANISMI CERTIFICATORI EUROPEI

---

**23. ACCESSORI IN DOTAZIONE DI SERIE:** \_\_\_\_\_

---

**20. CARATTERISTICHE E FUNZIONI PARTICOLARI PROPRIE DELLA STRUMENTAZIONE (descrivere):**

Ogni caratteristica tecnica, misurabile o rilevabile, dichiarata nel questionario, dovrà essere dimostrata in fase di collaudo.

**TIMBRO E FIRMA (a)**  
**(Legale Rappresentante)**

---

(a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.





3.4.1. Se SI elencare quali:

---

3.5. Tipo di batteria: \_\_\_\_\_

3.6. Capacità della batteria (Ah): \_\_\_\_\_

3.7. Tempo di ricarica completa della batteria: ore \_\_\_\_\_

3.8. Indicatore del livello di carica della batteria                      PRESENTE                      ASSENTE

3.9. Funzionamento a rete dello strumento in caso di batterie scariche o danneggiate      NO              SI

3.10. Numero massimo di defibrillazioni a 360J: \_\_\_\_\_

3.10.1. Range di potenza dalla scarica da \_\_\_ a \_\_\_ Joule

3.10.2. Tempo massimo di ricarica a 360J: \_\_\_\_\_

3.10.3. Tempo massimo di ripristino del tracciato ECG dopo defibrillazione: \_\_\_\_\_

3.11. Possibilità di defibrillazione, con alimentazione da rete, anche con batterie scariche o danneggiate:

NO              SI

#### 4. Sezione PACING

4.1. Frequenza di Pacing :      min.: \_\_\_\_\_              Max.: \_\_\_\_\_              non applicabile

4.2. Corrente di Pacing :      min.: \_\_\_\_\_              Max.: \_\_\_\_\_              non applicabile

4.2.1. Regolazione:      continua      a scatti (valore di incremento): \_\_\_\_\_              non applicabile

#### 5. SEZIONE REGISTRATORE, ALLARMI E MEMORIZZAZIONE DATI

5.1. Modalità partenza registratore :      manuale              automatico su allarme              entrambe

5.1.1. Velocità di stampa del tracciato (mm/sec):      min.: \_\_\_\_\_              Max.: \_\_\_\_\_

5.1.2. Possibilità di stampa di trend:                      NO                      SI

5.2. Allarmi su Frequenza cardiaca:              min.: \_\_\_\_\_              Max.: \_\_\_\_\_

5.2.1. Soglie di allarme :                      preimpostate              regolabili

5.3. Altre tipologie di allarmi impostabili: (breve descrizione)

---

5.4. Capacità massima memorizzazione :      \_\_\_\_\_ ore      oppure      Numero eventi :      \_\_\_\_\_

5.4.1. Durata memorizzazione evento: \_\_\_\_\_ (min)

5.4.2. Stampa dei rapporti di defibrillazione      NO                      SI

#### 6. MONITORAGGIO CON MEMORIZZAZIONE DATI:

ECG

SpO<sub>2</sub> con algoritmo

NiBP con modulo integrato

CO<sub>2</sub> con sensore per pazienti non intubati

ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

7. PIASTRE PER DEFIBRILLAZIONE INTERNA INCLUSE      NO              SI                      OPZIONALI

#### 8. PIASTRE PER DEFIBRILLAZIONE ESTERNA

Pazienti adulti                      NO                      SI                      OPZIONALI

Pazienti pediatrici NO SI OPZIONALI

8-1 Comandi di scarica incorporati NO SI

8.2 Controllo dell'impedenza NO SI

8.3 Presenza di comando di ricarica anche sulle piastre per defibrillazione esterna NO SI

**9. Predisposizione all'utilizzo a mani libere con placche monouso** NO SI

**10. PACEMAKER NON INVASIVO**

INCORPORATO NO SI

RICONOSCIMENTO AUTOMATICO NO SI

**11. REGOLAZIONE ALLARMI SULLA FREQUENZA CARDIACA** NO SI

**12. STAMPANTE:**

12.1 PRESENTE ASSENTE

12.2 INTERNA ESTERNA

12.3 TIPOLOGIA DI STAMPA: TERMICA GETTO D'INCHIOSTRO ALTRO

**13. POSSIBILITA' DELL'AGGIORNAMENTO DELLE FUNZIONI IN RELAZIONE ALL'EVOLUZIONE DEI PROTOCOLLI DI DEFIBRILLAZIONE** NO SI

**14. CONNETTIBILITA' A PC PER IL TRASFERIMENTO DATI** NO SI  
Se SI, specificare: PORTA INFRAROSSI CAVO USB ALTRO (specificare)

**15. CONFORMITA' ALLE NORME DI SICUREZZA:**

- CEI 62-5 (IEC 601-1)
- CEI 62-13 (IEC 601-2-4)
- ALTRE (specificare) \_\_\_\_\_

**16. CERTIFICAZIONE DI CONFORMITA' DEL PRODOTTO**

- MARCHIO CE
- MARCHIO IMQ
- ALTRI MARCHI DI QUALITA' RILASCIATI DA ORGANISMI CERTIFICATORI EUROPEI

**15. ACCESSORI IN DOTAZIONE DI SERIE:** (descrivere): \_\_\_\_\_

**16. CARATTERISTICHE E FUNZIONI PARTICOLARI PROPRIE DELLA STRUMENTAZIONE** (descrivere): \_\_\_\_\_

Ogni caratteristica tecnica, misurabile o rilevabile, dichiarata nel questionario, dovrà essere dimostrata in fase di collaudo.

**TIMBRO E FIRMA (a)  
(Legale Rappresentante)**

a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.

## LOTTO D: LETTO DA TERAPIA INTENSIVA COMPLETO DI MATERASSO PER U.T.I.C.

5. DITTA PRODUTTRICE: \_\_\_\_\_

6. DITTA DISTRIBUTRICE: \_\_\_\_\_

7. MODELLO: \_\_\_\_\_

8. ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO DELL'ULTIMA VERSIONE: \_\_\_\_\_

### 9. DESCRIZIONE

9.1. Dimensioni interne : \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ cm

9.2. Dimensione delle ruote : \_\_\_\_\_ cm

9.2.1. Sistema di bloccaggio :                      Singolo                      Centralizzato

5.3 Altezza dal suolo (cm): min.: \_\_\_\_\_ Max.: \_\_\_\_\_

5.4 Sponde laterali

5.4.1 Numero di sponde per lato: \_\_\_\_\_

5.4.2 Altezza: \_\_\_\_\_ cm

5.4.3 Movimento:                      Abbattibile                      Sfilabile

5.5 Testa letto:    Abbattibile                      Sfilabile

5.6 Portata massima: \_\_\_\_\_ kg

5.7 Posizionamento pannello comandi: \_\_\_\_\_

5.8 Tipologia di movimento:                      Meccanico                      Elettrico                      Oleodinamico

Altro: \_\_\_\_\_

5.8.1 Numero di motori per i movimenti: \_\_\_\_\_

5.9 Articolazione

5.9.1 Numero di sezioni: \_\_\_\_\_

5.9.2 Autocontorno:    NO                      SI

5.9.3 Inclinazione Trendelenburg/ Antitrendelenburg (°): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

5.9.4 Inclinazione massima sezione dorsale (°): \_\_\_\_\_

5.9.5 Inclinazione massima sezione ginocchia (°): \_\_\_\_\_

5.9.6 Possibilità di movimento coordinato del busto e delle ginocchia

per effetto antiscivolamento:                      NO                      SI

5.9.7 Indicazione inclinazione letto:                      NO                      SI

5.9.8 Autoposizionamento:    NO                      SI

5.10 Presenza zona radiotrasparente:                      NO                      SI:  
(quale?) \_\_\_\_\_

5.10.1 Vano portacassette RX incorporato:                      NO                      SI                      Opzionale

- 5.11 Bilancia incorporata: NO SI Opzionale
- 5.12 Presenza batterie di emergenza: NO SI Opzionale
- 5.13 Comandi supplementari manuali / idraulici: NO SI Opzionale
- 5.14 Materasso antidecubito
- 5.14.1 Dimensioni: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ cm (AxLxP)
- 5.14.2 Materiale costruttivo: \_\_\_\_\_

6. ACCESSORI IN DOTAZIONE DI SERIE: \_\_\_\_\_

7. CARATTERISTICHE E FUNZIONI PARTICOLARI PROPRIE DELL'APPARECCHIATURA (descrivere):

8. CONFORMITA' ALLE NORME DI SICUREZZA:

- CEI 62-5 (IEC 601-1)
- CEI 62-18
- ALTRE (specificare) \_\_\_\_\_

9 CERTIFICAZIONE DI CONFORMITA' DEL PRODOTTO

- MARCHIO CE
- MARCHIO IMQ
- ALTRI MARCHI DI QUALITA' RILASCIATI DA ORGANISMI CERTIFICATORI EUROPEI

Ogni caratteristica tecnica, misurabile o rilevabile, dichiarata nel questionario, dovrà essere dimostrata in fase di collaudo.

**TIMBRO E FIRMA (a)**  
**(Legale Rappresentante)**

(a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.

## LOTTO E: N. 2 POMPE PER INFUSIONE

1. DITTA PRODUTTRICE: \_\_\_\_\_

2. DITTA DISTRIBUTTRICE: \_\_\_\_\_

3. MODELLO: \_\_\_\_\_

4. ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO DELL'ULTIMA VERSIONE: \_\_\_\_\_

5. TIPO

- A GOCCE
- PERISTALTICA
- VOLUMETRICA

6. INFUSIONE

6.1 VELOCITÀ (ml/h) \_\_\_\_\_

6.2 ACCURATEZZA (%) \_\_\_\_\_

6.3 PRESSIONE (Pa) \_\_\_\_\_

7. VELOCITÀ KVO (ml/h) \_\_\_\_\_

8. LUNGHEZZA SET (cm) \_\_\_\_\_

9. ALLARMI

- RAGGIUNGIMENTO DEL VOLUME DA INFONDERE
- BOLLE D'ARIA
- ERRATA VELOCITÀ DI INFUSIONE
- OCCLUSIONE DEI CANALI
- CONTENITORE VUOTO
- VARIAZIONE DI PRESSIONE
- SPORTELLINO APERTO
- INSUFFICIENTE LIVELLO DI CARICA DELLA BATTERIA
- INTERRUZIONE DI RETE
- ALTRO \_\_\_\_\_

10. POSSIBILITÀ DI EFFETTUARE MICRONFUSIONE

- SÌ
- NO

11. PRESENZA DI MONITORAGGIO

- SÌ
- NO

12. PRESENZA DI CONTROLLI A MICROPROCESSORE

- SÌ
- NO

13. PRESENZA DI PROGRAMMA DI AUTODIAGNOSI

- SÌ
- NO

14. ACCUMULATORI

14.1 AUTONOMIA (min o h): \_\_\_\_\_

14.2 TEMPO DI RICARICA (min o h): \_\_\_\_\_

15. PIANTANA (descrivere) \_\_\_\_\_

16. ACCESSORI IN DOTAZIONE DI SERIE: \_\_\_\_\_

17. CARATTERISTICHE E FUNZIONI PARTICOLARI PROPRIE DELL'APPARECCHIATURA (descrivere):

18. CARATTERISTICHE COSTRUTTIVE

15.1 DIMENSIONI (Larghezza x altezza x profondità in mm): \_\_\_\_\_

15.2 PESO (kg): \_\_\_\_\_

19. CONFORMITA' ALLE NORME DI SICUREZZA:

- CEI 62-5 (IEC 601-1)
- CEI 62-16
- ALTRE (specificare) \_\_\_\_\_

20. CERTIFICAZIONE DI CONFORMITA' DEL PRODOTTO

- MARCHIO CE
- "AUTOCERTIFICAZIONE" DI QUALITA'
- MARCHIO IMQ
- ALTRI MARCHI DI QUALITA' RILASCIATI DA ORGANISMI CERTIFICATORI EUROPEI

---

Ogni caratteristica tecnica, misurabile o rilevabile, dichiarata nel questionario, dovrà essere dimostrata in fase di collaudo.

**TIMBRO E FIRMA (a)**  
**(Legale Rappresentante)**

---

(a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.