

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda Ospedaliero-Universitaria Di Parma
via Gramsci, 14 - 43126 – Parma
direzione generale@ao.pr.it

Al Servizio Istruttore Competente

e p.c.

Al "Servizio Economico Finanziario e aspetti economici dell'accesso alle prestazioni sanitarie"

Alla "Struttura Complessa Affari Generali"

OGGETTO: Proposta di donazione di beni, servizi e opere

Io sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, il _____, prov _____,
Stato di nascita _____ Codice Fiscale _____
residente in via _____, n. _____,
CAP _____, Città _____, Prov. _____,

IN QUALITA' DI

Diretto interessato

Legale Rappresentante dell'ente /azienda/associazione:

Denominazione: _____,
con sede legale in _____
Codice Fiscale/Partita Iva _____

Essendo in possesso di tutti i requisiti previsti dalla legge e dal vigente Regolamento aziendale necessari per effettuare l'atto di donazione

ESPRIMO

la volontà di donare, a puro titolo di liberalità, all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma i beni/servizi/opere di seguito indicati:

Apparecchiature biomedicali e/o strumentario chirurgico

Infrastrutture tecnologiche e/o sistemi informatici

Arredi sanitari e non sanitari

Beni a carattere artistico

- Beni diversi
- Servizi
- Opere edili e/o impiantistiche

CHIEDO

di destinare la mia donazione:

- ALL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA
- ALLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

Nome della Struttura, del Progetto o del Direttore/Responsabile: _____

PRECISO

- che il bene/servizio/opera che intendo donare è (*indicare la descrizione e la quantità*):

- che il valore è di € _____ IVA inclusa
- che l'eventuale ditta realizzatrice (in caso di donazione di opera) è: _____
- che l'eventuale ditta fornitrice (*in caso di fornitura di beni/servizi*) è _____
- che il periodo di Garanzia Full Risk è pari a n. _____ mesi (almeno 24 mesi)
- che il bene oggetto di donazione:
 - necessita dei seguenti costi di installazione: _____
 - necessita dei seguenti costi di manutenzione post garanzia: _____
 - necessita dell'uso di materiale di consumo, dai seguenti costi unitari: _____ e stima di consumo annua _____
 - non necessita di costi di installazione o manutenzione o uso di materiale di consumo.

DICHIARO

consapevole di quanto disposto dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 N°445 e della conseguenze di natura penale in caso di dichiarazione mendaci

- che la mia donazione si configura come donazione di modico valore ai sensi dell'art. 783 C.C. rispetto alla mia capacità economica e patrimoniale

OPPURE

- che la mia donazione si configura come donazione ordinaria ai sensi dell'art. 782 C.C e, pertanto, dovrà perfezionarsi con atto pubblico notarile, con spese notarili a mio carico

che la mia donazione, se accolta, deve essere usata per *(indicare, se gradito, l'eventuale vincolo di destinazione)*:

che la motivazione della mia donazione è la seguente *(indicare, se gradito, la motivazione)*:

che mi impegno a fornire all'Azienda tutta la documentazione necessaria e le attestazioni riguardanti il possesso dei requisiti normativamente previsti;

di assumere il pagamento di tutte le spese (eventuali spese notarili, imposte, tasse, trasporto), fatta salva diversa espressa valutazione del Servizio Istruttore;

di non essere parte – personalmente, o quale amministratore, gestore, legale rappresentante, socio, titolare di partecipazioni o di incarico/incarichi in società, imprese commerciali, persone giuridiche, altri enti od associazioni – di un procedimento in corso, diretto alla conclusione di un contratto a titolo oneroso con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;

di non essere in conflitto d'interesse con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

che per eventuali necessità o adempimenti l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma potrà indirizzare ogni comunicazione relativa alla presente donazione ai seguenti recapiti:

tel. _____ email/PEC: _____

spedizione cartacea in :

Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. UE 2016/679 (C.D.GDPR) E DEL D.LGS 196/2003
SS.MM.II**

Io sottoscritto dichiaro di aver preso visione delle "Informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito di donazioni di denaro ovvero beni/servizi/opere ai sensi degli artt. 13-14 Reg. UE 2016/679 c.d. GDPR" reperibile al link:

<http://www.ao.pr.it/la-privacy-in-ospedale/>

Luogo e data

Firma – Il proponente

Ditta/Associazione

Inviare il presente modulo via email a: direzionegenerale@ao.pr.it, Il Servizio Aziendale competente procederà alla valutazione della presente proposta di donazione.