


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Franciacorta</p>	<p>U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI</p>	<p>MODULO PROPOSTA DI DONAZIONE SOMME DI DENARO - ALLEGATO 1 REGOLAMENTO AZIENDALE DONAZIONI</p>	<p>REV. 0 Pagina 1 di 3</p>
--	--	--	---------------------------------

**AL DIRETTORE GENERALE
ASST FRANCIACORTA
VIALE MAZZINI, 4
25032 CHIARI (BS)**

Il modulo, una volta compilato, dovrà essere inviato tramite posta ordinaria o tramite mail, anche da indirizzo non PEC, al seguente indirizzo: protocollo@pec.asst-franciacorta.it

Il Donante

Se persona fisica

Il/La sottoscritto/a _____
residente in Via _____ n. _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____
telefono: _____ e-mail _____

oppure

Se persona giuridica

La Ditta/Ente (indicare denominazione sociale)

Rappresentata da (specificare qualifica es. rappresentante legale): _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo _____ Data di Nascita _____

Sede legale _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____


telefono: _____ e-mail: _____

DICHIARA

1. di voler mantenere riservata la propria identità: SI NO

in caso di risposta negativa, l'ASST ha la facoltà di pubblicare l'identità del donante nell'apposita sezione del sito internet dedicata alla rendicontazione delle donazioni.

In caso di risposta affermativa, l'ASST, avendo l'obbligo di rendicontazione delle donazioni ricevute, provvederà a pubblicare il dato in forma anonima.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Franciacorta</p>	<p>U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI</p>	<p>MODULO PROPOSTA DI DONAZIONE SOMME DI DENARO - ALLEGATO 1 REGOLAMENTO AZIENDALE DONAZIONI</p>	<p>REV. 0 Pagina 2 di 3</p>
--	--	--	---------------------------------

2. di voler donare la seguente somma di denaro pari ad € (importo della somma di denaro in cifre ed in lettere) _____

con eventuale finalità/destinazione _____

con Bonifico bancario presso Banca Intesa Sanpaolo - filiale di Chiari
codice IBAN: IT72L0306954340100000046032, indicando nella causale “*donazione di contributo liberale*”.

3. che la presente donazione è:

- di modico valore rispetto alla propria situazione economica e patrimoniale ai sensi e per gli effetti dell’art.783 c.c.
- NON di modico valore

4. che la donazione in parola è effettuata per puro spirito di liberalità;

5. che la presente donazione:


- NON E’ gravata da alcun onere, ai sensi dell’art. 793 c.c.
- E’ GRAVATA dal seguente onere, ai sensi dell’art. 793 c.c. (Donazione modale)

6. che non sussiste alcun conflitto di interesse, anche potenziale, con l'ASST Franciacorta e, in particolare, che è escluso qualsiasi interesse di natura patrimoniale con il suddetto Ente.

Il Donante

Data, _____

Allegare copia del documento di identità

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Franciacorta</p>	<p>U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI</p>	<p>MODULO PROPOSTA DI DONAZIONE SOMME DI DENARO - ALLEGATO 1 REGOLAMENTO AZIENDALE DONAZIONI</p>	<p>REV. 0 Pagina 3 di 3</p>
--	--	--	---------------------------------

INFORMATIVA PRIVACY

Regolamento 679/2016/UE

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", l'ASST Franciacorta (Titolare del trattamento) tratta i dati personali forniti e liberamente comunicati dall'interessato. La stessa garantisce che il trattamento dei dati si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riserva tessa, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

L'informativa integrale è reperibile alla sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE/ALTRI CONTENUTI/DATI ULTERIORI/Privacy del sito aziendale www.asst-franciacorta.it.