

	REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI, DELLE DONAZIONI E DELLE EROGAZIONI LIBERALI E L'ACQUISIZIONE DEI BENI IN COMODATO D'USO GRATUITO E L'UTILIZZO DEI BENI IN CONTO VISIONE/PROVA.	Unità Operativa Affari Generali
---	---	------------------------------------

ALLEGATO N°1

(da restituire in carta intestata dello sponsor)

Spettabile
Azienda Ospedaliera
“Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello “
Viale Strasburgo n°233
90146 PALERMO
Alla cortese attenzione del
Direttore Generale/Commissario

PROPOSTA DI SPONSORIZZAZIONE

Il/la sottoscritta _____

- persona fisica
 in qualità di _____ della
 Ditta/Società/Ente/Fondazione/Associazione (altro tipo di ente)
 _____ con sede legale in
 _____ Via _____ n° _____

intende sottoporre a codesta Azienda Ospedaliera la propria proposta di sponsorizzazione donazione del bene di seguito descritto, a norma di quanto stabilito dal regolamento approvato con Deliberazione n° _____ del _____ e dalla legislazione vigente:

DATI DONANTE
PERSONA FISICA
Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Domicilio fiscale – Via _____ Cap _____
Città: _____
Recapito telefonico _____ fax _____ indirizzo di poste elettronica: _____ @ _____ indirizzo _____ pec: _____ @ _____
DITTA – SOCIETA’ - ENTE – ASSOCIAZIONE - FONDAZIONE
Ragione Sociale _____

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO PALERMO</p>	<p>REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI, DELLE DONAZIONI E DELLE EROGAZIONI LIBERALI E L'ACQUISIZIONE DEI BENI IN COMODATO D'USO GRATUITO E L'UTILIZZO DEI BENI IN CONTO VISIONE/PROVA.</p>	<p>Unità Operativa Affari Generali</p>
---	--	--

Codice Fiscale
Partita IVA
Domicilio fiscale – Via
Cap
Città:
Operante nel settore:
Recapito telefonico _____ fax _____ indirizzo di
poste _____ elettronica: _____ @ _____ indirizzo _____ pec:
_____ @ _____
Iscrizione _____ Registro _____ Imprese _____
_____ Città _____
Iscrizione Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato della Regione _____
_____ del _____
DESCRIZIONE DEL PROGETTO – INIZIATIVA SPONSORIZZATA
FINALITA' DELLA PROPOSTA

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO PALERMO</p>	<p>REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI, DELLE DONAZIONI E DELLE EROGAZIONI LIBERALI E L'ACQUISIZIONE DEI BENI IN COMODATO D'USO GRATUITO E L'UTILIZZO DEI BENI IN CONTO VISIONE/PROVA.</p>	<p>Unità Operativa Affari Generali</p>
---	--	---

A tale scopo dichiara, di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, sulla responsabilità penale, e consapevole delle sanzioni previste cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in caso di atti e dichiarazioni mendaci

- ◆ di possedere la capacità giuridica di presentare la proposta di sponsorizzazione;
- ◆ di volere mantenere riservata la propria identità:
 - SI NO
- ◆ che la sponsorizzazione in parola è effettuata per puro spirito di liberalità, in assenza di contatti di interesse, anche potenziali, con l'Azienda Ospedaliera e, in particolare, non sussiste qualsiasi interesse di natura patrimoniale e/o commerciale alla donazione;
- ◆ che, pertanto, la stessa non comporta alcun obbligo od onere consequenziale da parte dell'Azienda Ospedaliera nei confronti dello sponsor;

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati, nel rispetto della legge n.196/2003, per gli adempimenti connessi nell'ambito del presente procedimento per il quale la presente proposta viene resa.

Data _____

Firma _____