

Spett.le A.S.S.T.  
Grande Ospedale Metropolitano Niguarda  
Piazza Ospedale Maggiore, 3  
20162 MILANO

**Oggetto: domanda per finanziare l'acquisto di una *workstation per image processing* per la S.C. Centro Munari Chirurgia dell'Epilessia e del Parkinson.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

soggetto privato,

o

in qualità di \_\_\_\_\_

dell'Azienda/Ente/Fondazione/Associazione \_\_\_\_\_

P.I. \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_, PEC

\_\_\_\_\_ ,

Nominativo firmatario del contratto \_\_\_\_\_

Titolare  Legale Rappresentante  Altro \_\_\_\_\_

breve esplicazione del settore di attività

\_\_\_\_\_

con riferimento all'avviso pubblico per la ricerca di donatori per finanziare l'acquisto di una *workstation per image processing destinata alla definizione della zona epilettogena e alla pianificazione del trattamento chirurgico per pazienti affetti da epilessia parziale farmaco-resistente* per la S.C. Centro Munari Chirurgia dell'Epilessia e del Parkinson e pubblicato sul sito internet dell'A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

#### **CHIEDE**

l'ammissione a partecipare mediante un finanziamento in denaro quantificato in € \_\_\_\_\_,  
(euro \_\_\_\_\_//00) da intendersi quale corrispettivo dell'eventuale contratto di sponsorizzazione.

Il sottoscritto, ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 483 del Codice Penale previste in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti

#### **DICHIARA**

- di avere preso visione dell'avviso e di accettare tutte le condizioni in esso contenute, unitamente al Regolamento aziendale per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni, delle donazioni e delle erogazioni liberali ed in particolare delle regole che stabiliscono le modalità della contribuzione e della partecipazione alla sponsorizzazione;
- la sussistenza dei requisiti generali di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016;

**E DICHIARA ALTRESI':**

- l'assenza di conflitto di interesse tra l'attività pubblica e quella privata oggetto della sponsorizzazione;
- l'assenza di contenzioso con questa Amministrazione;
- l'inesistenza della condizione di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione e di ogni altra situazione considerata dalla legge pregiudizievole o limitativa della capacità contrattuale;
- l'inesistenza di impedimenti derivanti dalla sottoposizione a misure cautelari antimafia;
- l'inesistenza di procedure concorsuali o fallimentari;
- di non intrattenere rapporti commerciali, patrimoniali o personali di alcun genere con la Direzione Strategica/Direttori/Responsabili dell'A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda tali da poter configurare conflitto di interessi in relazione alla sponsorizzazione, impegnandosi a comunicare immediatamente all'A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda qualunque mutamento di fatto o di diritto intervenuto nei rapporti con i suoi Direttori/Dirigenti/Responsabili, sopravvenuto alla eventuale stipulazione del contratto di sponsorizzazione e per tutta la durata dello stesso, consapevole che in tale ipotesi l'Azienda valuterà l'eventuale risoluzione del contratto di sponsorizzazione;
- l'assenza di qualsivoglia finalità corruttiva, destinata alle attività istituzionale di cura, assistenza, ricerca della/e struttura/e citata/e.

(PER LE PERSONE GIURIDICHE E GLI ALTRI SOGGETTI – IL NOMINATIVO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O DEI LEGALI RAPPRESENTANTI PER CIASCUNO DEI QUALI DEVONO ESSERE PRODOTTE LE AUTOCERTIFICAZIONI SOPRA ELENcate)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiara, infine:

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di dati personali), del Regolamento UE 2016/679 e ss.mm.ii. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo gli/le competono tutti i diritti previsti;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali.

Per qualsivoglia comunicazione in merito, si prega di contattare il/la sottoscritto/a, ovvero il referente Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_ - Comune \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), reperibile al N. tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Luogo, data

Allegare copia documento di identità in corso di validità