

Spett.le A.S.S.T.  
Grande Ospedale Metropolitano Niguarda  
Dipartimento Alta Formazione, Ricerca e  
Sviluppo  
Piazza Ospedale Maggiore, 3  
20162 MILANO

**Oggetto: domanda per la partecipazione in qualità di Donatore per finanziare il progetto “NIGUARDA Rheu-MAP”: Guida al corretto percorso del paziente tra medico di medicina generale e reumatologo ospedaliero” presso la S.C. Reumatologia** (Determinazione dirigenziale n. 487 del 18.11.2021).

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 o sponsor per finanziare il progetto “NIGUARDA Rheu-MAP”: Guida al corretto percorso del paziente tra medico di medicina generale e reumatologo ospedaliero” presso la S.C. Reumatologia e pubblicato sul sito internet dell'A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

#### CHIEDE

l'ammissione a partecipare come donatore e manifesta l'interesse a partecipare al progetto di cui all'avviso citato mediante un finanziamento in denaro quantificato in € \_\_\_\_\_, (euro \_\_\_\_\_/00) da intendersi quale corrispettivo del contratto di donazione.

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;
- 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 donazione;
- 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 donazione, 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;
- 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 ELENCAE)

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

dichiara, infine:

-di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di dati personali) e del Regolamento UE n. 2016/679, 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 mi 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