

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

Oggetto: domanda per la partecipazione in qualità di Donatore per finanziare il progetto LEMON LivEr daMage in chrOnic iNfections presso la S.C. Malattie Infettive (Determinazione dirigenziale n. 402 del 18.02.2022).

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 *LEMON LivEr daMage in chrOnic iNfections presso la S.C. Malattie Infettive* 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