

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 “Il percorso del paziente artritico: dal medico di medicina generale al reumatologo ospedaliero e viceversa” presso la S.C. Reumatologia (Determinazione dirigenziale n. 1499 del 26.07.2022).

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 “*Il percorso del paziente artritico: dal medico di medicina generale al reumatologo ospedaliero e viceversa*” 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 ELENcate)

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