

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

Oggetto: domanda per la partecipazione in qualità di Sponsor per finanziare il progetto “Programma di Educazione del Paziente per la Prevenzione e Trattamento della Lipodistrofia indotta da insulina nel paziente affetto da diabete mellito” presso la S.C. Diabetologia (Determinazione dirigenziale n. 1465 del 27.07.2023).

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 “*Programma di Educazione del Paziente per la Prevenzione e Trattamento della Lipodistrofia indotta da insulina nel paziente affetto da diabete mellito*” presso la S.C. Diabetologia e pubblicato sul sito internet dell’A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

CHIEDE

l’ammissione a partecipare come sponsor e manifesta l’interesse a partecipare al progetto di cui all’avviso citato mediante un finanziamento in denaro quantificato in € _____, (euro _____/100) da intendersi quale corrispettivo del 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;

- l'assenza delle clausole di esclusione di cui all'art. 94 D.Lgs. n. 36 /2023;

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 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