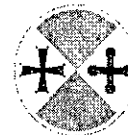




SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Mod a

All'Asp VV
Sede

Oggetto: volontà donazione in beni – emergenza covid-19;

Il/La Sottoscritto/a (*nome, cognome, , nome società codice fiscale, residenza/domicilio*) **donante:**

(consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

Donatario: Azienda Sanitaria di Vibo Valentia;

- Esprime la propria volontà di donare i seguenti beni:

- *Valore economico:*

Da destinare a:

- presidio ospedaliero di Vibo Valentia;
- presidio ospedaliero di Tropea;
- presidio ospedaliero di Serra San Bruno;
- altro-----

di dichiara:

- che la donazione non comporta vincoli di nessuna natura per il donatario;
- che la donazione è legata all'emergenza Covid-19;
- l'assenza a proprio carico di sentenze di condanne passate in giudicato o sentenze che prevedono la pena su richiesta ai sensi del art 444 cpp che incidono sulla moralità professionale o delitti finanziari;

- di essere iscritto alla CCIA di.....n°.....e che non sussistono cause di divieto, decadenza e sospensione in tema di comunicazione e informazioni antimafia

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel presente atto ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

il donante _____

Data _____

All.to documento identità e codice fiscale del donante e/o del delegato.

Modulo accettazione donazione

Il commissario/dirigente _____

Dott: _____

Autorizza ad accettare la donazione (si) (no)

Firma commissario/dirigente _____

Data _____

Delibera/determina accettazione donazione _____