	<b>S.C. Programmazione, Controllo e Bilancio</b>	Codice procedimento: 4/BILCONT
		Termine per provvedere: 90 gg dalla comunicazione
		Codice titolario: I.5.04.03

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>  
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte

## PROPOSTA di DONAZIONE di SOMMA DI DENARO

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### in qualità di

diretto interessato e/o familiare di \_\_\_\_\_

ovvero rappresentante di (barrare con una X):

☐ impresa

☐ ente pubblico

☐ fondazione/associazione

☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_

Denominazione: \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

(città) \_\_\_\_\_ (cap) \_\_\_\_\_ (via) \_\_\_\_\_

(tel) \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ (e-mail/PEC) \_\_\_\_\_

che opera nel settore (specificare): \_\_\_\_\_

### DICHIARA la propria disponibilità

- a elargire, a titolo di donazione liberale, all'ASL CN2 la somma di:


IMPORTO IN CIFRE	IMPORTO IN LETTERE

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"):** "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.e i. dall'ASL CN2 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonchè presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

Data \_\_\_\_\_

**IL PROPONENTE LA DONAZIONE**

(firma)

	<b>S.C. Programmazione, Controllo e Bilancio</b>	Codice procedimento: 4/BILCONT
		Termine per provvedere: 90 gg dalla comunicazione
		Codice titolario: I.5.04.03

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>  
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte

<p><b>DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI IL PROPONENTE SIA UN IMPRENDITORE OD UNA IMPRESA</b></p> <p align="center"><b>(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA')</b></p> <p><b>Il/la sottoscritto/a</b> (cognome e nome) _____</p> <p>consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi</p> <p align="center"><b>ai sensi dell' Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 DICHIARA altresì</b></p> <p>di non versare in situazioni di conflitto di interesse<sup>1</sup> con l'ASL CN2</p> <p>Data _____</p> <p align="right"><b>IL PROPONENTE LA DONAZIONE</b> (timbro e firma)</p>
---

<p><b>A S L C N 2</b></p> <p><b>Coordinate Bancarie</b>          UBI BANCA          Filiale di Alba, Viale Vico 5          Intestato a <b>ASL CN2 Alba Bra</b>          IBAN <b>IT2800311122501000000033116</b></p>
---

<sup>1</sup> Quali ad esempio:

SOGGETTO PROPONENTE è una persona fisica o giuridica che al momento della donazione partecipa anche in forma di ATI ad una gara indetta dall'ASL