	<b>S.C. Bilancio Programmazione e Controllo</b>	Codice procedimento: 4/BILCONT
		Termine per provvedere: 30 gg dalla comunicazione
		Codice titolare: 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

## 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 volontà

- ad effettuare una donazione liberale all'ASL CN2, come di seguito dettagliato:

IMPORTO IN CIFRE	IMPORTO IN LETTERE

CAUSALE DELLA DONAZIONE

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Lgs. 196/2003, aggiornato con il D. Lgs 101/2018 in materia di protezione dei dati personali, in attuazione del GDPR (General Data Protection Regulation – Regolamento europeo 2016/679) e s.m. e i. secondo cui i dati personali verranno utilizzati 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, nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.**

	<b>S.C. Bilancio Programmazione e Controllo</b>	Codice procedimento: 4/BILCONT
		Termine per provvedere: 30 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

Data \_\_\_\_\_

(firma)

**DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI IL PROPONENTE SIA UN IMPRENDITORE OD UNA IMPRESA**

**(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA')**

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

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

**ai sensi dell' Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 DICHIARA altresì**

di non versare in situazioni di conflitto di interesse<sup>1</sup> con l'ASL CN2

Data \_\_\_\_\_

**IL PROPONENTE LA DONAZIONE**

(timbro e firma)

**A S L C N 2**

**Coordinate Bancarie**

INTESA SAN PAOLO

Filiale di Alba, Viale Vico 5

Intestato a **ASL CN2 Alba Bra**

IBAN **IT89X0306922540100000300027**

<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