

**S.C. Bilancio e Contabilità**

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)

 ASL CN2	S.C. Bilancio e Contabilità	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

DA COMPILEARE 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 veritieri, 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 ¹ 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

¹ 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