

 A.S.L. VC <i>Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</i>	MODULO	Modulo donazione (PAT.MO.4059.01).doc Pag. 1/3
--	---------------	--

PROPOSTA DI DONAZIONE

**Al Direttore Generale
ASL VC – C.so M. Abbiate, 21
13100 – VERCHELLI**

Nel caso di Persona Fisica:

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
 residente in _____ Cap. _____
 in Via _____ Cod. fiscale _____
 Telefono _____, Mail _____

Nel caso di Persona Giuridica:

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____
 dell'Azienda _____ con sede legale in _____
 (_____) Cap. _____ in Via _____
 n. _____ P.IVA/Cod. fiscale _____ Telefono _____
 Mail _____ PEC _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiero e falsità negli atti, sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

- di possedere la capacità di donare ¹;
- di non avere vincoli in relazione al bene;
- che la donazione non comporta alcun obbligo consequenziale da parte dell'Azienda nei confronti del donatore;
- che l'accettazione del contributo non creerà situazioni di vantaggio per il donante;
- che il bene donato è di proprietà del donante;
- che non sussistono conflitti di interesse nell'iniziativa solidale che si intende effettuare ²
- che non sussistono al momento della donazione interessi commerciali tra il donante e la struttura che riceve la donazione con specifico riferimento all'iniziativa solidale

¹ Le donazioni possono essere validamente effettuate dai soggetti in capo ai quali si riscontra la capacità di donare di cui all'art. 774 C.C. con le esclusioni contemplate dagli articoli 775, 776, 777, 778, 779 780 e 781 del Codice Civile

² ai sensi della Legge Anticorruzione n. 190/2012

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025	S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025	S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025	S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO AUTORIZZAZIONE.</i>			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Modulo donazione (PAT.MO.4059.01).doc Pag. 2/3
--	---------------	--

• **DONAZIONE DI ATTREZZATURE, APPARECCHIATURE E BENI:**
(barrare la casella corrispondente)

- Apparecchiature e attrezzature sanitarie
- Apparecchiature e attrezzature non sanitarie (Es: TV, PC, stampanti, etc...)
- Arredi/beni sanitari
- Arredi/beni non sanitari
- Bene mobile registrato (Es: automezzo, etc...)
- Bene immobile

Descrizione del bene oggetto di liberalità

Definizione bene _____

da destinare alla Seguente Struttura _____

dell'A.S.L. VC Presidio di _____

del quale si indicano i seguenti dati:

Produttore: _____

Marchio _____

Costo Iva inclusa _____

Ditta dalla quale è stato acquistato _____

e del quale si dichiara che:

(barrare la casella corrispondente)

- Necessita di beni di consumo sui quali la ditta produttrice possiede diritti di esclusiva;
- Necessita di beni di consumo sui quali la ditta produttrice non possiede diritti di esclusiva;
- Non necessita di beni di consumo;
- Necessita di beni accessori sui quali la ditta produttrice possiede diritti di esclusiva;
- Necessita di beni accessori sui quali la ditta produttrice non possiede diritti di esclusiva;
- Non necessita di beni accessori

del quale intende donare:

(barrare la casella corrispondente)

- Materiali di consumo;
- Materiali accessori;
- Diritti di garanzia.

ALLEGATI:

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025	S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025	S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025	S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLE E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO AUTORIZZAZIONE.</i>			

 A.S.L. VC <i>Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</i>	MODULO	Modulo donazione (PAT.MO.4059.01).doc Pag. 3/3
--	---------------	--

- Manuali d’uso e documentazione tecnica del bene;
 - Certificazione di rispondenza del bene, sottoscritta dal produttore, alle competenti norme di sicurezza e alle leggi vigenti in materia.
 - Carta d’identità del donante o del Legale Rappresentante
- **DONAZIONE IN DENARO/ALTRI FAVORI FINANZIARI (ES: TITOLI, OBBLIGAZIONI, ETC...)**
(barrare la casella corrispondente)
- Donazione di somma di denaro o altro valore finanziario
- Donazione o altro valore finanziario indirizzata ad una finalità tra quelle indicate nel Piano degli Investimenti vigente al momento della donazione;
- Donazione o altro valore finanziario, non indirizzata ad una finalità tra quelle indicate nel Piano degli Investimenti vigente al momento della donazione;

Il valore della donazione in denaro è pari a € _____
 da destinare alla seguente Struttura _____
 dell’A.S.L. VC Presidio di _____

INFORMATIVA REGOLAMENTO N. 2016/679– NORMATIVA SULLA PRIVACY

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Luogo e Data _____

Firma Donante

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025	S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025	S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025	S.S. Patrimoniale – Ottobre 2025
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLE E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO AUTORIZZAZIONE.</i>			