

Spett.le ASFO
Azienda sanitaria Friuli Occidentale
via della Vecchia Ceramica, 1
33170 Pordenone
e-mail: protocollo.gen@asfo.sanita.fvg.it
pec: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Oggetto: donazione di denaro.

Se la donazione è effettuata a titolo personale:

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

residente a _____ cap _____ via _____

tel/cell. _____ e-mail _____

pec _____

Se la donazione è effettuata da una ditta/associazione:

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

legale rappresentante della ditta/associazione _____

con sede a _____ cap _____ via _____ n. _____

tel/cell. _____ e-mail _____

pec: _____

DONA

IMPORTO € _____

La donazione va destinato alla seguente Struttura dell'Azienda:

La donazione ha la seguente finalità (eventuale, es: acquisto di ____):

La donazione è finalizzata all'Emergenza COVID – 19: SI

NO

Il sottoscritto ovvero la ditta/associazione: (barrare)

non ha presentato, né intende presentare offerta in procedimenti indetti alla data odierna e non ancora scaduti, diretti a concludere contratti nei confronti di ASFO;

qualora intenda partecipare a procedure di gara si impegna a tenere un comportamento conforme ai principi di correttezza e legalità e a non influire in maniera illecita sull'esito della/e procedura/e di gara.

Il sottoscritto ovvero la ditta/associazione dichiara che il valore oggetto della presente donazione rispetto alla propria capacità economica e patrimoniale, è da intendersi: (barrare)

di modico valore

di non modico valore (la donazione di valore non modico è conclusa con atto pubblico redatto da notaio, scelto dal donante; le spese sostenute per l'atto pubblico sono a carico del donante)

che non sussistono ragioni diverse dallo spirito di liberalità, volte cioè all'ottenimento o al mantenimento di affari o vantaggi indebiti o illegali, né interessi attuali in procedure di acquisto di beni e servizi.

Allego:

fotocopia del documento di identità,

copia del bonifico (se il versamento è già stato effettuato): versamento effettuato presso

Banca Intesa Sanpaolo S.P.A. Filiale Udine, Via Zanon, 25-33100 Udine-

Tesoriere dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AS FO) –

sul conto IBAN: IT29C0306912344100000046102

(ABI 03069; CAB 12344; CIN C; n. conto 100000046102); indicare come causale “donazione”

AUTORIZZO

- l'indicazione del mio nome (in caso di persona fisica)/denominazione (in caso di ditta/associazione) nel provvedimento di accettazione dell'Azienda soggetto a pubblicazione all'Albo Pretorio di AsFO:

(barrare) SI NO

- l'indicazione della motivazione alla base della donazione e dei nominativi di persone coinvolte / interessate:

(barrare) SI NO

Il sottoscritto è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Data _____

firma _____