

Al Direttore Generale
IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di
Bologna, Policlinico di Sant'Orsola
Via Albertoni 15 - 40138 Bologna
e, p.c.

UOC Affari Generali e Rapporti con
l'Università – Ufficio Atti

Servizio Unico Metropolitan Contabilità e
Finanza (SUMCF)

Il sottoscritto (donante) Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ Via _____

cap. _____ Città _____ Telefono _____

esprime la propria volontà di donare a favore dell'IRCCS Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna,
Policlinico di Sant'Orsola l'importo di Euro (in cifre) _____
(in lettere) _____

che provvederà a versare con la seguente modalità:

Bonifico bancario: **IT 50 F 03069 02520 100000046029**

intestato a: **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA IRCCS ISTITUTO DI
RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO**

per la seguente motivazione

- attività di ricerca e innovazione¹
- attività di assistenza
- altre attività istituzionali

¹La Direzione Aziendale utilizzerà le risorse disponibili annualmente sul **Fondo per la ricerca** in relazione alle priorità individuate con riferimento alla mission dell'azienda, agli **obiettivi** di mandato e di programmazione. Le modalità di gestione del suddetto Fondo sono definite nello specifico regolamento aziendale.

Qualora sia intenzione del donante destinare l'importo previsto a una specifica Unità Operativa aziendale e/o a specifiche attività, diverse da quelle di cui sopra, si prega di indicarlo di seguito:

A tale scopo dichiara:

- che la donazione è fatta in pieno spirito di liberalità gratuita, in assenza di conflitti di interesse, anche potenziali, senza pertanto alcun obbligo di controprestazione da parte dell'IRCCS AOU di Bologna nei confronti del sottoscritto;
- che ai sensi dell'art. 783 c.c. l'importo della presente donazione, rispetto alla propria capacità economica e patrimoniale, è da considerarsi di modico valore²;
- di non intrattenere rapporti commerciali, patrimoniali o personali di alcun genere con l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola

oppure in alternativa

- di intrattenere rapporti commerciali, patrimoniali o personali con i funzionari responsabili della Struttura beneficiaria della donazione, in particolare (*specificare il tipo di rapporto*):

I ringraziamenti dovranno pervenire al seguente indirizzo:

Nome _____ Cognome _____

Via _____ n. _____ Cap _____

Città _____

e-mail _____

Luogo e data, _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i..

² Modico valore: valutato in rapporto alle condizioni economiche del donante (art. 783 c.c.), nel complesso al tenore di vita e alle disponibilità del soggetto. Si ricorda che le donazioni di NON MODICO VALORE sono soggette a sottoscrizione di Atto Pubblico e registrazione dello stesso a carico del donante

Luogo e data, _____ Firma _____

Informativa trattamento dati personali*

- Autorizzo ai sensi dell'art.13 del regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente il trattamento dei dati personali trasmessi***

Informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo vengono trattati dall'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna esclusivamente per le finalità strettamente connesse e strumentali all'adempimento del presente atto.

Il sottoscritto prende atto altresì che la donazione verrà pubblicata in forma anonima nel Registro atti di liberalità nella sez. Amministrazione Trasparente del sito aziendale nel rispetto della normativa vigente in materia.

Luogo e data, _____ Firma _____