



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 _____

In qualità di legale rappresentante dell'Azienda/Ditta/Associazione/Fondazione

con sede in Via _____ n. _____

cap. _____ Città _____

Partita Iva/Codice Fiscale _____

tel. _____ mail _____

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 – Tesoreria Intesa S. Paolo - Filiale di via Marconi,
51 - Bologna

per la seguente motivazione

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

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, senza pertanto alcun obbligo di controprestazione da parte dell'IRCCS Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola nei confronti dell'Azienda che il sottoscritto rappresenta;
- 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 avere alcun rapporto di lavoro e/o di fornitura di beni e/o servizi con l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola

Oppure in alternativa

- di avere i seguenti rapporti di lavoro e/o di fornitura di beni e/o servizi con l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola
-
-

I ringraziamenti dovranno pervenire al seguente indirizzo:

Azienda/Ditta/Associazione/Fondazione _____

con sede in Via _____ n. _____

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.

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

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..

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 nel Registro atti di liberalità nella sez. Amministrazione Trasparente del sito aziendale nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali

Luogo e data, _____ Firma _____