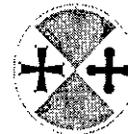




SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Mod b

**All'Asp VV
Sede**

Oggetto: volontà donazione in denaro – emergenza covid-19;

II/La Sottoscritto/a (*nome, cognome, , nome società, codice fiscale, residenza/domicilio*) **donante**

(consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

Donatario: Azienda Sanitaria di Vibo Valentia;

- Esprime la propria volontà di donare la seguente somma:

Da destinare a:

- presidio ospedaliero di Vibo Valentia;
- presidio ospedaliero di Tropea;
- presidio ospedaliero di Serra San Bruno;
- altro _____

di dichiara

- che la donazione non comporta vincoli di nessuna natura per il donatario;
- che la donazione è legata all'emergenza Covid-19;
- l'assenza a proprio carico di sentenze di condanne passate in giudicato o sentenze che prevedono la pena su richiesta ai sensi del art 444 cpp che incidono sulla moralità professionale o delitti finanziari;
- di essere iscritto alla CCIA di.....n°.....e che non sussistono cause di divieto, decadenza e sospensione in tema di comunicazione e informazioni antimafia
- Che le donazioni in denaro sarà fatta sul C/C T47Q0100542830000000218010 – BIC :BNLIITR12EZ – INTERSTATO ALL'ASPVV – PRESSO LA BNL SPA – AGENZIA DI

VIBO VALENTIA – VIA KENNEDY, 77 – 89900 VIBO VALENTIA, e che il bonifico deve riportare nella causale:

- Per le persone fisiche: Emergenza covid-19 - nome e cognome, codice fiscale;
- Per le persone giuridiche: Emergenza covid-19 – nome giuridico, codice fiscale;

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel presente atto ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

il donante _____

Data _____

All.to documento identità e codice fiscale del donante e/o del delegato.

Modulo accettazione donazione

Il commissario/dirigente _____

Dott: _____

Autorizza ad accettare la donazione (si) (no)

Firma commissario/dirigente _____

Data _____

Delibera/determina accettazione donazione _____