**DICHIARAZIONE DI VOLONTA’ DEL DONATORE**

Spett.le Azienda USL di Ferrara

aiutocovid19@ausl.fe.it

Il sottoscritto

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ragione Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esprime la propria volontà di donare a favore di

**Azienda Unità Sanitaria Locale di FERRARA**

Quanto segue (barrare e compilare solo la casella interessata):

**Somme di denaro**

la somma di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che provvederà a versare secondo le indicazioni fornite dall’Azienda USL di Ferrara

La somma dovrà essere destinata a:

**Attrezzature sanitarie o altri beni specificatamente indicati**

Il seguente bene: (*descrivere il bene, le caratteristiche tecniche, allegare eventuale documentazione esplicativa*)

Valore commerciale (anche stimato o presunto):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il donante garantisce il donatario dall’evizione; inoltre garantisce che il bene che si intende donare è esente da vizi e/o difetti.

**A TAL FINE DICHIARO:**

* di possedere la capacità di donare
* che la donazione in parola è effettuata per puro spirito di liberalità, in assenza di conflitti di interesse, anche potenziali, con l’ente donatario, con l’esclusione di qualsiasi interesse di natura patrimoniale
* che, pertanto, la stessa non comporta alcun obbligo da parte dell’Azienda nei confronti del donante
* che la donazione in parola, rispetto alla capacità economica e patrimoniale del donante, è da intendersi di modico valore

Luogo, data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa trattamento dati personali**

Informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo vengono trattati dall’Azienda USL di Ferrara, esclusivamente per le finalità strettamente connesse e strumentali al presente atto

Autorizzo ai sensi dell’art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa Privacy nazionale vigente il trattamento dei dati personali trasmessi.

Autorizzo che la mia donazione sia pubblicata assieme a quelle degli altri benefattori

Luogo, data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODALITA’ DI PRESTAZIONE DELLA DONAZIONE IN DENARO**

* Bonifico bancario a favore di Conto Tesoreria Unica Azienda USL di Ferrara, Istituto di credito Intesa Sanpaolo S.p.A. (CARISBO SPA) – BOLOGNA - Codice IBAN: IT 12 Y 03069 02477 100000046060