

**OGGETTO: PROPOSTA DI DONAZIONE.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di:

➤ Privato cittadino

➤ Rappresentante legale di: \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (Provincia: \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**Manifesta la volontà di donare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico di Foggia", preferibilmente da destinare alla seguente struttura aziendale per la seguente finalità:**

La somma di € \_\_\_\_\_

Da versare sull'IBAN dell'AOU di Foggia:

- **Per privati e aziende:**  
Banca Popolare Pugliese:  
Via Luzzatti, 8 73046 Matino (LE)  
**IBAN:** IT82R0526279748T209900000671  
**BIC:** BPPUIT33
- **Conto Bancoposta n. 639716**  
IBAN: IT12W0760115700000000639716  
BIC/SWIFT: BPPIITRRXXX
- **Per tutti gli enti pubblici:**  
Conto di Tesoreria Banca d'Italia n.: 432300306103  
**Iban:** IT13X0100003245432300306103

**Oppure il seguente bene/servizio:**

Nuovo: SI  NO  (precisare se è pronto all'uso e non richiede interventi da parte dell'Azienda dovuti all'obsolescenza o al cattivo stato di manutenzione dello stesso)

del costo/valore (IVA compresa) stimato in € \_\_\_\_\_

Dichiara che il bene è di sua esclusiva proprietà, non è gravato da pesi e che l'Azienda sarà in ogni caso esonerata da pretese di terzi.

Foggia, li \_\_\_\_\_

Il Donante

**ALLEGA DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA CONFLITTO DI INTERESSI**

Ai fini dell'accettazione di un'attrezzatura elettromedicale sono necessari:

1. Manuale d'uso in lingua italiana
2. Manuale Tecnico
3. Certificazione CE
4. Certificato di garanzia

## DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA CONFLITTI DI INTERESSE - DONAZIONI

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**Per la valutazione del conflitto di interessi in caso di donazioni**  
**in favore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico di Foggia"**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Struttura di assegnazione: \_\_\_\_\_

In merito all'allegata nota di proposta di donazione avanzata da \_\_\_\_\_ in favore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico di Foggia", consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, co. 1, del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità ai fini di quanto previsto dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del D.P.R. n. 62/2013 e del Codice etico e di comportamento aziendale mi obbligo a conformare la mia condotta ai principi di correttezza, buon andamento ed imparzialità dell'azione amministrativa, agendo in posizione di indipendenza ed imparzialità astenendomi in caso di conflitto di interessi.

**A tal fine DICHIARO (barrare la voce di non interesse):**

che la donazione/atto di liberalità proposto **non coinvolge/coinvolve**, direttamente o indirettamente, alcuni personale interesse, ovvero di miei parenti o affini entro il secondo grado o del mio coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali ho rapporti di frequentazione abituale - art. 7 - D.P.R. n. 62/2013 (se indicare quali) \_\_\_\_\_

- di **non avere/avere** situazione di conflitto di interessi di cui al D.P.R. n. 62/2013 e al Codice etico e di comportamento aziendale (indicare quali) \_\_\_\_\_

**IN PARTICOLARE DICHIARO:**

- di **NON AVERE AVUTO** negli ultimi tre anni, rapporti diretti o indiretti, di collaborazione con i soggetti proponenti la donazione/atto di liberalità oggetto della presente dichiarazione:  
**oppure**  
 ○ di **AVER AVUTO** negli ultimi tre anni, rapporti diretti o indiretti, di collaborazione con i soggetti la donazione/atto di liberalità oggetto della presente dichiarazione (in questo caso indicare quali): \_\_\_\_\_

e che tali soggetti, per quanto a conoscenza del sottoscritto:

- **non hanno** interessi in attività o decisioni inerenti la struttura organizzativa/servizio di assegnazione del sottoscritto per quanto riguarda le funzioni affidatemi (art. 6 - D.P.R. n. 62/2013);
- **hanno interessi** in attività o decisioni inerenti la struttura organizzativa/servizio di assegnazione del sottoscritto per quanto riguarda le funzioni affidatemi (art. 6 - D.P.R. n. 62/2013 - indicare quali) \_\_\_\_\_

**DICHIARO ALTRESI'**

**di non avere partecipato**, nei due anni antecedenti alla proposta di donazione/atto di liberalità oggetto della presente dichiarazione, ad un procedimento amministrativo di gara/selezione (collegio tecnico/commissione giudicante) aggiudicata da parte del soggetto ivi considerato;

**di avere partecipato** nei due anni antecedenti alla proposta di donazione/atto di liberalità oggetto della Presente dichiarazione ad un procedimento amministrativo di gara/selezione (collegio tecnico/commissione giudicante) aggiudicata da parte del soggetto ivi considerato (in questo caso indicare quale): \_\_\_\_\_

**DICHIARO, in qualità di Dirigente:**

**DI NON AVERE**

partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari con il soggetto proponente e che comunque possono porre in una situazione di conflitto di interessi rispetto a tale rapporto;

**DI AVERE**

partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari con il soggetto proponente e che comunque possono porre in una situazione di conflitto di interessi rispetto a tale rapporto (indicare quali):

---

**DI NON AVERE**

parenti e/o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività professionali o economiche a favore di tale soggetto proponente ed in particolare se coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti tale rapporto;

**DI AVERE**

parenti e/o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività professionali o economiche a favore di tale soggetto proponente ed in particolare se coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti tale rapporto (indicare quali)\_\_\_\_\_

Il sottoscritto garantisce inoltre, sotto la propria responsabilità, che la presente donazione/atto di liberalità non condizionerà la correttezza e l'imparzialità dell'agire quale pubblico funzionario.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione mi obbligo a comunicare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia qualsiasi variazione rispetto a quanto ivi dichiarato).

Foggia, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_