



Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria

**MODULO 1**  
**DONAZIONE IN DENARO**

Dati del donante:

Cognome e nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

C.F. / P.I. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Entità della donazione (importo della somma di denaro in cifre ed in lettere)

€ \_\_\_\_\_

Modalità di prestazione della donazione

- Accredito / Bonifico Bancario a favore dell'Azienda Ospedaliera di Sassari , su c.c.

bancario n. IT..... UBI – Banco di .....S.p.A., Agenzia di  
....., indicando la causale “donazione di contributo liberale”

- Assegno (bancario o circolare) intestato all'Azienda Ospedaliera di Sassari,

Eventuale destinazione della somma

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del donante \_\_\_\_\_

INFORMATIVA Regolamento Europeo N. 679/2016 E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI In applicazione del Regolamento Europeo 679/2016 inerente la tutela dei dati personali, s'informa che:

- ai fini del trattamento dei dati raccolti è necessario acquisire il consenso dell'interessato per le finalità sopraindicate;
- l'eventuale mancato consenso al trattamento dei dati non permetterà all'Azienda Ospedaliera l'accettazione della donazione;
- i dati saranno trattati dall'Azienda Ospedaliera di Sassari ai soli fini dell'espletamento della procedura relativa all'atto di donazione;
- titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliera di Sassari nella persona del Direttore Generale;
- l'interessato ha la facoltà di esercitare i diritti del Regolamento Europeo 679/2016.

Autorizzo

Non autorizzo

Firma leggibile del donante \_\_\_\_\_