



MODULO 2
DONAZIONE DI BENI

Dati del donante:

Cognome e nome / Ragione Sociale _____

C.F. / P.I. _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

Destinatario della donazione: Unità Operativa / Servizio di _____

Oggetto della donazione:

- 1) Tecnologia sanitaria
- 2) Tecnologia non sanitaria
- 3) Arredi, suppellettili ed oggetti di uso corrente ecc.

1. Descrizione del bene e destinazione d'uso:

2. Modello, costruttore e fornitore _____

3. Valore complessivo (I.V.A. compresa): (in cifre ed in lettere) € _____

4. Eventuali servizi, accessori all'attrezzatura del bene donato, di cui assume contestualmente l'onere

5. Documentazione allegata:

- Scheda tecnica e/o depliant illustrativo del bene;

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 _____