Spett.

ASST di Mantova

Strada Lago Paiolo 10

46100 Mantova

**PROPOSTA DI DONAZIONE IN DENARO**

Il sottoscritto/ la sottoscritta       in qualità di

persona fisica

rappresentante legale di Ente/Azienda

residente in       n.       CAP

Città:       Provincia

Recapiti telefonici e indirizzo mail:

Cod. Fiscale/P. Iva

**INTENDE** *effettuare una elargizione* liberale in denaro a favore dell’ASST di Mantova, nel rispetto di quanto stabilito dalla normativa vigente, del seguente importo      ,00 Euro

**SEGNALA** inoltre la preferenza a che la donazione sia utilizzata a favore:

ASST, nel suo complesso, per lo svolgimento delle sue attività

a favore della seguente Struttura

da destinare alla RICERCA

da destinare all’ASSISTENZA

da destinare all’acquisto di beni sanitari e no

da destinare all’acquisto di attrezzature

da destinare ad iniziative di sostegno in caso di emergenza sanitaria

per onorare la memoria di: nome       cognome

residente in       via       n.       CAP

**A TAL FINE DICHIARA** di possedere la capacità di donare e

* che la donazione in parola è effettuata per puro spirito di liberalità, in assenza di conflitti di interesse, anche potenziali, con l’ASST di Mantova, e, in particolare, con l'esclusione di qualsiasi interesse di natura patrimoniale;
* che, pertanto, non vi è alcun obbligo da parte della ASST nei confronti del donante;
* che la donazione in parola, rispetto alla capacità economica e patrimoniale del donante, è da intendersi di modico valore;
* di provvedere al versamento della donazione in denaro secondo le modalità indicate dall’ASST di Mantova pubblicate sul sito web aziendale, sezione Amministrazione Trasparente (<https://www.asst-mantova.it/amministrazione-trasparente/donazioni>);
* per quanto attiene alla pubblicazione dei dati personali sui siti web aziendali o altre modalità comunicative:

di voler mantenere l’anonimato;

di NON voler mantenere l’anonimato.

Nel caso di opzione di anonimato la pubblicazione sarà limitata all’importo e alla finalità della donazione.

Data       Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, vista la relativa informativa consultabile sul sito https://www.asst-mantova.it/informative-sulla-privacy, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Data       Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_