



Al Direttore generale
Azienda provinciale per i servizi sanitari
via Degasperi, 79
Trento
apss@pec.apss.tn.it

e p.c. Al Responsabile Ufficio supporto
gestione e sviluppo del personale
elisabetta.demarco@apss.tn.it

PROPOSTA DI SPONSORIZZAZIONE/CONTRIBUTO VINCOLATO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in via _____ codice fiscale _____

tel/cell _____ email _____

ovvero

rappresentante di (es. ditta/società, ente pubblico, ente privato, fondazione, associazione o
altro da specificare) _____

Ditta/altro (denominazione) _____

che opera nel settore (es. apparecchiature sanitarie/non sanitarie, farmaceutico, bancario o
delle assicurazioni, altro da specificare) _____

P. IVA _____ codice fiscale _____

Sede/indirizzo _____ Città _____

tel. _____ email _____ fax _____



OHSAS 18001:2007

PEC_____

dichiara

(essendo in possesso della piena capacità di donare ai sensi del Titolo V, Capo I, art. 774 del Codice civile) la propria volontà (barrare la modalità presecelta):

- ☐ **AD EFFETTUARE LA SPONSORIZZAZIONE**
- ☐ **AD EROGARE IL CONTRIBUTO VONCOLATO**

della somma di euro (in cifre e lettere) €_____

Da destinare a (indicare eventuale Unità operativa):_____

per le seguenti finalità_____

A tal scopo dichiara che:

f

- ☐ L'erogazione della somma non comporta alcun obbligo dell'Azienda Sanitaria nei confronti del finanziatore
- ☐ di non avere interessi patrimoniali/economici diretti o indiretti collegati all'erogazione.

Data_____

Firma
