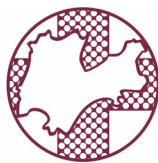


Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

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

e p.c. Al direttore ufficio incarichi e sviluppo di
carriera
dott.ssa Elisabetta De Marco
elisabetta.demarco@apss.tn.it

PROPOSTA DI DONAZIONE DI BENI MOBILI

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in via
codice fiscale
tel. 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 cod. fisc.
sede/indirizzo Città
tel. email
fax 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 ad effettuare la seguente donazione**

--

da destinare a (indicare eventuale unità operativa):

--

per le seguenti finalità:

--

Barrare la voce di interesse	Tipologia di donazione
☐	Donazione di apparecchiature e attrezzature sanitarie
☐	Donazione di apparecchiature e attrezzature non sanitarie
☐	Donazione di arredi/beni sanitari
☐	Donazione di arredi/beni non sanitari
☐	Donazione di beni mobili registrati (es. automezzo)
☐	Donazione di pubblicazioni scientifiche, libri e riviste
☐	Altro (specificare)

Descrizione del bene oggetto della donazione e delle relative caratteristiche tecniche (allegando se presente la relativa documentazione e/o scheda tecnica del bene in donazione)

modello:

--

marca:

--

valore in euro:

--

stato di conservazione e funzionamento del bene:

--



A tal scopo dichiara che:

- il bene donato è di proprietà del donante;
- nel caso di bene immobile, esso non è gravato di privilegi per debiti già scaduti o gravato di diritti reali parziari;
- la donazione è di “modico valore” in rapporto alle proprie condizioni economiche:
 - ☐ Sì
 - ☐ No
- se sì indicare circostanze:
- l'accettazione della donazione non richiede di ulteriori apparecchiature l'acquisto per il proprio funzionamento:
 - ☐ Sì
 - ☐ No
- se sì, indicare quali apparecchiature:
- la sede, il n. tel. venditore del bene che si vuole donare sono:
- la donazione comporta l'acquisto di materiale di consumo di produzione esclusiva per il funzionamento del bene:
 - ☐ Sì
 - ☐ No
- se sì, indicare di quale tipologia
- la donazione del bene non comporta alcun obbligo per l'Azienda sanitaria nei confronti del sottoscritto e di chi rappresenta;
- di non avere interessi patrimoniali/economici diretti o indiretti collegati alla donazione.

Allegati:

- ☐ certificato/documenti di garanzia
- ☐ manuali d'uso

Data

Firma



MATRICE DELLE REVISIONI							
REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE	REDATTA DA	APPROVATA DA	VERIFICATA DA		

