**MOD. 1B – FAC-SIMILE - DONAZIONE DI DENARO**

***NEL CASO IN CUI LA SOMMA VENGA VERSATA DIRETTAMENTE AL TESORIERE DELL’AZIENDA USL TRAMITE BONIFICO BANCARIO***

***COORDINATE BANCARIE:***

**AZIENDA USL DELLA ROMAGNA**

**INTESA SAN PAOLO**

**IBAN: IT34W0306913298100000300064**

**Tesoreria AZIENDA UNITA’ SANITARIA LOCALE DELLA ROMAGNA AREA FORLI**

**Indicare nella descrizione del BONIFICO:**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Ragione Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intende donare € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(eventualmente: in memoria di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

***(nel caso in cui si desideri vincolare la donazione ad un acquisto specifico indicare)***:

detta somma dovrà essere utilizzata per l’acquisto del seguente bene o dei seguenti beni

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

Ai sensi dell’Articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679 si informa che i dati forniti saranno trattati con finalità di gestione del procedimento di donazione oggetto della presente lettera di intenti da parte dell’Azienda USL della Romagna.

Inoltre i dati predetti potranno essere oggetto di ulteriore trattamento con finalità di attività di ricerca fondi per il finanziamento delle attività istituzionali o accessorie dell’Azienda USL della Romagna.

In applicazione dell’Articolo 7 del predetto Regolamento (UE) 2016/679 il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali da parte dell’Azienda USL della Romagna.

Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità, il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono conflitti d’interesse in riferimento all’attività svolta dal Donante e l’Azienda USL della Romagna ed in particolare in riferimento alla donazione oggetto del presente documento.

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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