Spett.le

Azienda Ospedaliero - Universitaria

di Bologna

Direttore Generale

protperdirgen@aosp.bo.it

Inizio modulo

*Il sottoscritto (Donante):*

Nome      Cognome

Via      CAP

Città

Decido di donare in qualità di\*:

Privato Cittadino

Azienda o Ente

Ruolo      Della Società      

Fine modulo

Codice fiscale

Telefono:

Email\*:

Intendo effettuare una elargizione liberale in denaro A SOSTEGNO DELLA LOTTA AL CORONAVIRUS a codesta Spettabile Azienda, a norma di quanto stabilito dal regolamento e dalla legislazione vigente.

Dichiaro la mia volontà affinché la donazione sia utilizzata a sostegno della sanità bolognese per l’emergenza Coronavirus

Importo della donazione effettuata in € :

DATI PER LA DONAZIONE

|  |  |
| --- | --- |
| Bonifico intestato a | "Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per sanità di Bologna per COVID-19" |
| Coordinate bancarie codice IBAN | **IT68E0306902480100000300027** |
| Causale bonifico | “Per sanità di Bologna per COVID-19” |

**A TAL FINE DICHIARO:**  
- di possedere la capacità di donare;  
- che la donazione in parola è effettuata per puro spirito di liberalità, in assenza di conflitti di interesse, anche potenziali, con l'ente donatario, e, in particolare, con l'esclusione di qualsiasi interesse di natura patrimoniale;  
- che, pertanto, la stessa non comporta alcun obbligo da parte dell’Azienda nei confronti del donante;  
- che la donazione in parola, rispetto alla capacità economica e patrimoniale del donante, è da intendersi di modico valore.  
  
**Informativa trattamento dati personali\***

**Autorizzo ai sensi dell’art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente il trattamento dei dati personali trasmessi\***.  
Informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo vengono trattati dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola - Malpighi, esclusivamente per le finalità strettamente connesse e strumentali all’adempimento del presente atto.

**Autorizzo che la mia donazione sia pubblicata assieme a quelle degli altri benefattori**

Data Firma

     