

ALLEGATO 4
MODELLO DI DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA
STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA
(Art. 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

PER LA DONAZIONE DI BENI A STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE DA PARTE DI
ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO E FONDAZIONI

(Da far compilare solo se l'organizzazione non è in possesso dell'atto di donazione né della delibera o del provvedimento della struttura sanitaria pubblica che ha preso in carico il bene oggetto della donazione)

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ prov. _____ il _____,
residente a _____ prov. _____
in Via _____ n. _____,
C.F. _____ nella Sua qualità di legale rappresentante
della struttura sanitaria pubblica denominata _____
avente sede in _____
prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____

DICHIARA

che il seguente bene _____ donato dall'organizzazione:
_____ è stato acquisito e preso in carico dalla
struttura sanitaria pubblica: _____

nel 2020/21 e che si impegna a produrre il provvedimento o la delibera con cui la struttura sanitaria pubblica ha preso in carico il bene oggetto della donazione **entro il termine massimo di sei mesi dall'accettazione del contributo.**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'articolo 76 del d.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'articolo 75 del d.P.R. 28.12.2000, n. 445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi articolo 13 del d.lgs. n. 196 del 2003 (in materia di tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), accorda il consenso affinché i propri dati possono essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il/La sottoscritto/a allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Il legale rappresentante della struttura sanitaria pubblica
(Firma e timbro)