

Al Direttore generale

Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino
via Degasperi, 79
38123 - Trento
asuit@pec.asuit.tn.it

e p.c. all'**Ufficio supporto e integrazione alla line
sanitaria**
ufficiosupportoeintegrazioneallalinesanitaria@asuit.tn.it

PROPOSTA DI DONAZIONE DI BENI MOBILI

- ❖ Il/La sottoscritto/a _____
- ❖ nato/a a _____ il _____ residente a _____
- ❖ in via _____ codice fiscale _____
- ❖ tel/cell. _____ email _____

ovvero

- ❖ Rappresentante di (ditta/società, ente pubblico, ente privato, fondazione, associazione, o altro specificare) _____
- ❖ 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 _____

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 donazione del seguente bene**

del modico valore di € _____

si definiscono di modico valore:

✓ le donazioni di importo – singolarmente - **non superiore a € 30.000,00=**
(trentamila/00);

✓ le donazioni di importo **superiore a € 30.000,00=(trentamila/00):**

1. qualora il donante espressamente dichiara tale circostanza in rapporto alle proprie condizioni economiche <input type="checkbox"/>	2. e/o nel caso in cui la somma liberale derivi da raccolte effettuate a scopo benefico da associazioni o in occasioni di ricorrenze, feste ove vi siano più soggetti donanti coinvolti <input type="checkbox"/>
--	---

❖ da destinare a (indicare eventuale Unità operativa)

❖ dell'Ospedale _____

❖ per le seguenti finalità:

Barrare la voce di interesse	Tipologia di donazione
<input type="checkbox"/>	Donazione di apparecchiature e <u>attrezzature sanitarie</u>
<input type="checkbox"/>	Donazione di apparecchiature e attrezzature <u>non sanitarie</u>
<input type="checkbox"/>	Donazione di arredi/beni sanitari
<input type="checkbox"/>	Donazione di arredi/beni <u>non sanitari</u>
<input type="checkbox"/>	Donazione di beni mobili registrati (es. automezzo)
<input type="checkbox"/>	Donazione di pubblicazioni scientifiche, libri e riviste
<input type="checkbox"/>	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: _____

stato di conservazione e funzionamento del bene

A tal scopo dichiara che:

- la donazione del bene non comporta alcun obbligo dell'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino nei confronti del donante
- di non avere interessi patrimoniali/economici diretti o indiretti collegati alla donazione
- il bene donato è di proprietà del donante
- l'accettazione della donazione richiede l'acquisto di ulteriori apparecchiature per il proprio funzionamento:
 - sì
 - no

❖ Se sì indicare quali apparecchiature

❖ la sede e il numero di tel. del 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

❖ autorizza Asuit a dare eventuale visibilità alla presente donazione attraverso i diversi strumenti di comunicazione aziendali (sito Asuit, canali social, comunicato stampa, conferenza stampa):

sì no

Ulteriori annotazioni sulle modalità di eventuale visibilità:

Allegati:

- ❖ scheda tecnica
- ❖ dichiarazione di conformità emessa dal fabbricante ed eventuale Certificato CE
- ❖ manuale d'uso con la destinazione d'uso dichiarata dal fabbricante
- ❖ altra eventuale documentazione

Se trattasi di donazione di apparecchiature elettromedicali:

- ❖ Numero di iscrizione alla Banca dati dei dispositivi medici del Ministero della salute (RDM):

Possiamo accettare solo dispositivi medici con valida certificazione e/o documentazione emessa dal fabbricante del dispositivo medico secondo il Reg.2017/745 al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori

Data _____

Firma _____