



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Ufficio Approvvigionamento Beni e Servizi

Via Renato Paolini n. 47 – 65124 PESCARA

Tel. 085 425 3035 Fax 085 425 3024

Web: www.ausl.pe.it

e-mail: info.urp@ausl.pe.it

PEC: aslpecara@postecert.it

PROPOSTA DI DONAZIONE

(Resa in conformità a quanto disposto dal regolamento dell'ASL di Pescara in tema di contratti di donazione e comodato adottato con l'atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010)

DONANTE PERSONA FISICA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in _____ cap _____ alla Via _____

Cod. fiscale _____ n. tel. _____, e-mail _____

in possesso della capacità giuridica ad effettuare donazioni;

DONANTE PERSONA GIURIDICA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

nella qualità di _____ della società _____

con sede legale in _____ alla Via _____ n. _____

cod./fiscale/partita IVA _____ n. tel. _____ n. fax _____

e-mail _____ autorizzato ad agire in nome e per conto della predetta società

giusta procura generale/speciale n. _____ del _____

PROPONE DI DONARE

(barrare la casella corrispondente)

La somma di denaro di € _____ a favore dell'ASL di Pescara con il seguente vincolo di destinazione _____

Il seguente bene _____ da destinare alla seguente struttura Sanitaria dell'ASL di Pescara _____

del quale si indicano i seguenti dati:

Produttore _____

Marchio _____

Costo IVA inclusa _____

Ditta dalla quale è stato acquistato _____

Del quale si dichiara che:

(barrare la casella corrispondente)

- Necessita di beni di consumo sui quali la ditta produttrice possiede diritti di esclusiva;
- Necessita di beni di consumo sui quali la ditta produttrice non possiede diritti di esclusiva;
- Necessita di beni di consumo
- Necessita di beni accessori sui quali la ditta produttrice possiede diritti di esclusiva;
- Necessita di beni accessori sui quali la ditta produttrice non possiede diritti di esclusiva;
- Non necessita di accessori.

Del quale intende donare:

(barrare la casella corrispondente)

- Materiali di consumo;
- Materiali accessori;
- Diritti di garanzia.

Del quale produce la seguente documentazione:

(barrare la casella corrispondente)

- Documentazione Tecnica;
- Certificazione attestante la conformità del bene ai requisiti previsti dalla vigente normativa che ne disciplina le caratteristiche;
- Fattura di acquisto;
- Copia dei documenti relativi alla garanzia

Data

Firma

(N.B. allegare fotocopia di un documento d'identità del dichiarante in corso di validità)

PARERI SULLA PROPOSTA DI DONAZIONE

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA BENEFICIARIA DELLA DONAZIONE

*reso in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 5 comma 2) Regolamento ASL
adottato con atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010*

Il / La sottoscritto/a _____ in qualità di responsabile della _____
_____, preso atto della proposta di donazione avanzata da _____
relativa a _____ esprime il seguente parere sulla sua accettazione:

(barrare la casella corrispondente)

Favorevole;

Non Favorevole;

per i seguenti motivi _____

la somma di denaro proposta in donazione verrà impiegata per le seguenti finalità _____

(parte da compilare soltanto in caso di proposta di donazione di somma di denaro)

Data

Firma

PARERE DEL RESPONSABILE DELL'UFFICIO PREVENZIONE E PROTEZIONE PER LA SICUREZZA INTERNA DELL'ASL DI PESCARA

*reso in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 4 comma 1) punti 6) 7) 8) Regolamento ASL
adottato con atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010*

(parere da esprimere soltanto in caso di proposta di donazione di beni)

Il/la Sottoscritto/a _____ in qualità di Responsabile dell'Ufficio
Prevenzione e Protezione per la Sicurezza interna dell' Ausl di Pescara, esaminata la
documentazione tecnica inerente al bene _____

esprime il seguente parere in merito all'accettazione della proposta di donazione del bene offerto:

(barrare la casella corrispondente)

Favorevole in quanto il bene offerto risponde ai requisiti di conformità previsti dalla vigente normativa e non presenta rischi per i lavoratori che lo utilizzano;

Non favorevole in quanto il bene offerto non risponde ai requisiti di conformità previsti dalla vigente normativa e presenta rischi per i lavoratori che lo utilizzano;

Data

Firma

PARERE DEL RESPONSABILE DELL'UFFICIO CED DELL'ASL DI PESCARA

reso in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 4 comma II punti 7) Regolamento ASL adottato con atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010

(parere da esprimere soltanto in caso di proposta di donazione inerente a strumenti informatici)

Il/La Sottoscritto/a _____ in qualità di Responsabile dell'Ufficio CED dell' Ausl di Pescara, esaminata la documentazione tecnica inerente al seguente strumento informatico:

esprime il seguente parere in merito all'accettazione della proposta di donazione del bene offerto:

(barrare la casella corrispondente)

Favorevole in quanto il bene offerto è compatibile con il sistema informatico dell' ASL di Pescara.

Non favorevole in quanto il bene offerto non è compatibile con il sistema informatico dell' ASL di Pescara per i seguenti motivi: _____

Data

Firma