

**Al Direttore U.O.C. E-Procurement  
A.U.S.L. di Viterbo  
Via Enrico Fermi, 15  
01100 Viterbo**

### PROPOSTA DI ACCETTAZIONE CONTRIBUTO LIBERALE

Presidio Ospedaliero/Dipartimento/Distretto di \_\_\_\_\_

Il Dirigente \_\_\_\_\_

Responsabile dell'U.O/Dip.to/Distretto \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'autorizzazione alla ricezione e conseguente utilizzo dell'erogazione liberale di seguito indicata costituente oggetto di donazione.

Proposta di donazione avanzata dalla Ditta o Società \_\_\_\_\_

(allegare copia della lettera di offerta del bene)

Importo della somma oggetto della donazione: (in cifre) \_\_\_\_\_

(in lettere) \_\_\_\_\_

Le motivazioni per le quali si rende utile accettare l'offerta del contributo in base ad una necessità accertata:

---

---

---

---

Indicare se tale erogazione comporta vincoli od oneri per l'Azienda:

---

---

---

---

Indicare se l'Azienda è tenuta a fornire riscontro sull'effettuazione delle attività da conseguire con tale contributo:

---

---

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente/Il Primario U.O.

\_\_\_\_\_

Parere Responsabile MacroC.d.R. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Timbro e firma)

Parere obbligatorio del Direttore Sanitario Competente/Polo/Extra Polo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiarazione di compatibilità dell'erogazione liberale di cui trattasi con i fini istituzionali della  
Struttura:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario Competente

\_\_\_\_\_

(timbro e firma)