



MINISTERO DELLA SANITÀ
DIREZIONE REGIONALE DELLA SANITÀ
REGIONE LAZIO



TITOLO DELLA PROCEDURA
"GESTIONE DONAZIONI "

PROCEDURA
AZIENDALE
N.

Allegato 2 (fac-simile di richiesta parere di donazione)

(FOGLIO INTESTATO STAFF COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE DELL'AOUP)

Data, _____

Prot. n. _____

OGGETTO: Richiesta parere di donazione

AL DIRETTORE UOC/UOS
AOUP PAOLO GIACCONE

Si fa seguito alla lettera della Ditta/Associazione/Sig./Sig.ra _____
allegata alla presente, pervenuta alla scrivente UdS in data _____ e relativa
alla donazione di una somma di denaro/bene, per chiedere di esprimere, per
competenza, il parere relativo all'accettazione della donazione stessa.

In attesa di un sollecito riscontro, l'occasione è gradita per porgere i più cordiali saluti.

STAFF COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE
LA RESPONSABILE
DOTT.SSA ROSARIA LICATA

PARERE DEL RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA/SEMPLICE

FAVOREVOLE ☐

NON FAVOREVOLE ☐

Note:

Data _____

Timbro e Firma

PARERE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

FAVOREVOLE ☐

NON FAVOREVOLE ☐

Note:

Data _____

Timbro e Firma