

ALLEGATO N. 2: SCHEMA OFFERTA DI SPONSORIZZAZIONE PER EVENTO FORMATIVO
SU CARTA INTESTATA SOCIETA'

Spett.le. ASST LARIANA

Via Napoleona, 60

22100 COMO

protocollo@pec.asst-lariana.it

formazione@pec.asst-lariana.it

OGGETTO: OFFERTA DI SPONSORIZZAZIONE PER EVENTO FORMATIVO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Legale Rappresentante (o delegato munito di poteri necessari come da formale procura o delega allegata alla
presente domanda) della Società _____ con sede legale in

Prov. _____ codice fiscale _____ e partita IVA n. _____ tel _____ Fax _____
e-mail _____

Sito internet _____

manifesta il proprio interesse a sponsorizzare

l'evento formativo previsto nell'avviso pubblico per la ricerca di soggetti disponibili alla sponsorizzazione di
iniziative formative emesso da ASST Lariana:

dal titolo _____

che si svolgerà il _____

che per tale evento formativo dal titolo "XXXXXXXXXXXXXXXX", viene stimato il contributo:

- in denaro pari a €xxxxx, destinabile per le seguenti voci di dettaglio:

**Le seguenti voci indicano le possibili destinazioni del contributo in denaro, che
saranno dettagliate nel contratto**

Organizzazione coffee break

Organizzazione lunch

Rimborso spese docente/relatore

Tutoraggio d'aula

Contributo Tecnico Informatico in aula

Spese di pulizia aule didattiche

Segreteria organizzativa ed accreditamento ECM

- in beni o servizi offerti pari ad euro XXX..... e consistenti in:

- Xxx
- Yyy

Proposta migliorativa: _____

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole della decadenza dei benefici conseguenti ad un'eventuale aggiudicazione avvenuta sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) *di avere preso visione del Regolamento Aziendale per la sponsorizzazione di eventi formativi a carattere collettivo, dell'avviso e del modello di contratto pubblicati sul sito web dell'ASST Lariana e di accettarne le condizioni ivi riportate;*
- 2) *che non sussistono a carico dello sponsor i motivi di esclusione previsti dagli articoli nn. 94, 95, 96, 97, 98 del D.Lgs. n. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici);*
- 3) *che non sussistono situazioni di conflitto d'interesse tra la propria attività e i fini istituzionali.*

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

- *di adempiere a tutto quanto necessario per la formalizzazione della sponsorizzazione assumendosene ogni responsabilità;*
- *di impegnarsi a corrispondere e garantire quanto previsto nell'offerta;*
- *di non influenzare in alcun modo i contenuti didattici dell'evento formativo oggetto della sponsorizzazione;*
- *di fornire e consentire la pubblicizzazione e la divulgazione del logo dello sponsor;*
- *di non appartenere ad organizzazioni di natura politica, sindacale, filosofica o religiosa;*
- *che i servizi erogati dallo sponsor e le relative attività di produzione e commercio non si svolgono nei settori delle armi, alcool, pornografia e tabacchi e che in tali settori lo sponsor non ha alcuna partecipazione finanziaria;*
- *di essere consapevole dei casi di esclusione e delle cause di risoluzione del contratto;*

Il Referente operativo per lo sponsor per questa proposta è:

cognome e nome _____, nato il _____ a _____

indirizzo e-mail _____

tel _____ cell. _____

Luogo e data _____

(allegare copia documento di identità e dichiarazione assenza conflitto di interessi)

Il Legale Rappresentante _____

Il modulo dovrà essere siglato su ogni pagina. Allegare copia di documento di identità del sottoscrittore e modulo assenza conflitto di interessi debitamente compilato. Nel caso la proposta sia fatta da una persona giuridica, il Legale Rappresentante deve presentare l'autocertificazione riferita a se stesso e a tutti gli altri soggetti muniti del potere di rappresentanza informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati alla ASST Lariana, saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali del rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea. Il trattamento dei dati personali è la ASST Lariana. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18,20 e 21 del Regolamento UE 679/2016.

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante _____

SPAZIO RISERVATO AD ASST LARIANA

SINTESI del PARERE

A seguito dell'incontro collegiale effettuato in data si esprime il seguente parere

- FAVOREVOLE
- NON FAVOREVOLE

Come da verbale allegato

In rappresentanza dell'organo collegiale di valutazione dell'offerta:

Il responsabile della SS Formazione e Valutazione del Personale:

Il responsabile Scientifico dell'evento:

DATA.....