

Prof. Dr. GIANLUIGI FANCHIOTTI  
GIÀ PRIMARIO DI  
TERAPIA ANTALGICA  
Tel. 335-8331157

Al DIRETTORE GENERALE AULSS 9 SCALIGERA  
Via Valverde, n. 42  
37122 Verona  
[affari.general@aulss9.veneto.it](mailto:affari.general@aulss9.veneto.it)

OGGETTO: proposta di donazione.

Il sottoscritto FANCHIOTTI GIAN LUIGI nato a SAVONA il 3/06/1935  
Residente a Venezia Lido in Via DARDANELLI 11  
Codice fiscale FNCGLG35H03180F tel./cell. 335 833 1157  
Indirizzo e-mail FANCHIOTTIGIANLUIGI@GMAIL.COM e/o  
PEC \_\_\_\_\_

(solo per persone giuridiche): in qualità di legale rappresentante: Presidente associazione →

Ditta Dott. Pandiotti @ pec.it P.IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo Snoazzen onlus PEC \_\_\_\_\_

### DICHIARA

La propria volontà di effettuare la seguente donazione, essendo in possesso della piena capacità di donare ai sensi del Titolo V, Capo II, art 774 del Codice Civile

#### TIPOLOGIA DONAZIONE

Apparecchiature elettriche / elettromedicali (vedi descrizione)

Mobili / arredi (vedi descrizione)

Beni mobili registrati (vedi descrizione)

Denaro: importo di euro 2000 (duemila)

Altro: \_\_\_\_\_

Per le seguenti finalità e/o U.O. destinataria Contributo Per lo studio in Musicoterapia nel Paziente oncologico - Contributo approvato dall'assemblea dell'ASSOCIAZIONE Snoazzen onlus da effettuare BAI di.

In alternativa: VARALTA, SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE e del Dr. Travella 1/

per le finalità istituzionali ritenute più opportune dal Direttore Generale (art. 5 L.R. 26/19)

Io Presente in Assemblea e dal sottosegretario, come già PRIMARIO di un centro autonomo di Terapia antalgica. Azienda ospedaliera di Verona FANCHIOTTI, GIANLUIGI

**DESCRIZIONE** del/i bene/i oggetto della donazione e delle relative caratteristiche tecniche:

Quantità n.	Descrizione	Prezzo unitario (IVA inclusa)	Prezzo complessivo (IVA inclusa)

Valore complessivo del/i bene/i oggetto della donazione (Iva inclusa):

€ \_\_\_\_\_;

**Allegare la relativa documentazione (copia fattura di acquisto, garanzia, manuale d'uso etc.) e scheda tecnica del bene in donazione**

**Da compilare solo nel caso di apparecchiature elettroniche / elettromedicali:**

*SOTTOSCRITTO*

Il sottoscritto in rapporto alla suddetta proposta di donazione dichiara inoltre:

- la donazione non determina la fornitura di materiale di consumo  
 la donazione determina la fornitura dei seguenti materiali di consumo (dispositivi medici, diagnostici, reagenti o farmaci):

*il contributo*

- la donazione non richiede l'acquisto di ulteriori apparecchiature per il suo funzionamento  
 la presenza delle seguenti certificazioni di garanzia o di conformità (eventuale):

assenza di vincoli in relazione al bene oggetto della donazione

- **CHIEDE** che i propri dati identificativi  vengano  non vengano specificati negli atti deliberati

- **CHIEDE** di ricevere tutte le comunicazioni del caso al seguente indirizzo (da compilare solo se i dati sono diversi da quelli già indicati):

*VIA DEL RISORGIMENTO 36 VERONA*

Tel. *335 833 1152*

e-mail: *fanfili@univr.it* Pec: *dot.fanfili@pec.univr.it*

*contributo*

Si dichiara che non sussistono conflitti di interesse nella donazione che si intende effettuare (bene oggetto della donazione)

Cordiali saluti

Luogo e data *VERONA 24/09/2023*

Firma del donante (leggibile)

*Gianluigi Fanfili*