



**Allegato 5**  
**Richiesta autorizzazione**  
**Raccolta fondi, donazioni, eventi di beneficenza**

**AL Direttore Generale**  
**A.O.R.N. Santobono - Pausilipon**  
**Via Teresa Ravaschieri, 8**  
**80122 Napoli**

**pec: direzioneegenerale.santobono@pec.it**  
**Tel. 081 2205622**

La/Il Sottoscritto/o \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

In qualità di legale rappresentante  
di: \_\_\_\_\_  
(indicare denominazione, domicilio o sede legale se si tratta di una persona giuridica e relativi recapiti)

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_

Telefono\_Cellulare \_\_\_\_\_ SitoWeb \_\_\_\_\_

Posta Certificata PEC \_\_\_\_\_

Ovvero in qualità  
di \_\_\_\_\_

Telefono Cellulare \_\_\_\_\_ E mail \_\_\_\_\_

**Chiede**

**di svolgere la seguente manifestazione/evento di beneficenza**

\_\_\_\_\_

(titolo dell'evento)

che si terrà a \_\_\_\_\_

(indicare il luogo dell'evento)

il \_\_\_\_\_

(data/e)

Contenuti Evento Finalità dell'Evento

---

---

---

Modalità raccolta  
fondi \_\_\_\_\_

dichiara

- che l'iniziativa ha carattere, rilevanza e/o ricaduta (indicare se locale regionale nazionale o internazionale)
- che l'iniziativa non persegue, anche se solo indirettamente, scopi o finalità di carattere lucrativo, commerciale o promozionale;
- di non avere pendenze penali/fiscali connesse all'esercizio della propria attività;
- che l'Ente/Associazione/privato cittadino ha già ottenuto in passato l'autorizzazione allo svolgimento di manifestazioni di beneficenza raccolta fondi a favore dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon" (indicare se sì oppure no)
- che per tale iniziativa è stato chiesto il patrocinio a: \_\_\_\_\_
- che tale iniziativa sarà sponsorizzata da \_\_\_\_\_  
(indicare eventuali partner economici):

dichiara inoltre di destinare all'Azienda:

- Il 100% dei fondi raccolti;
- Il 100% dei fondi raccolti, detratte le spese;
- Un importo minimo garantito pari al 50% dell'importo raccolto;
- di impegnarsi sin da ora a seguire le procedure previste dalle disposizioni aziendali per l'accettazione delle donazioni;
- di impegnarsi a contattare preliminarmente la Direzione Strategica e la UOSID Formazione, Comunicazione e Relazioni con il Pubblico per concordare eventuali rapporti con la stampa e le reti televisive.

La/il sottoscritta/o dichiara di aver preso atto e d'impegnarsi ad osservare:

- Il Regolamento Aziendale;
  - Il Piano Triennale Aziendale sulla Prevenzione della Corruzione;
  - Le seguenti condizioni aggiuntive (se richieste):
- 

Tutte le dichiarazioni sono rese sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

- programma dettagliato dell'iniziativa;
- atto costitutivo e statuto dell'Ente/Associazione
- copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente

**Approvazione dell'evento (*Spazio riservato*)**

Referente Il Direttore Sanitario Aziendale

Il Direttore Generale