

**da compilare su carta intestata**

Spett.le Ministero della Salute  
Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti Europei e Internazionali  
Ufficio 1 – Affari generali

**AVVISO PUBBLICO  
PER LA RICERCA DI PROPOSTE DI SPONSORIZZAZIONE FINANZIARIA  
PER LA STAMPA E LA DIFFUSIONE DELLA PUBBLICAZIONE "150 FALSI MITI IN  
SANITÀ" E/O LA REALIZZAZIONE E DIFFUSIONE DELLA VERSIONE DIGITALE DELLA  
STESSA PUBBLICAZIONE**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in qualità di <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
dell'impresa \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con domicilio per le comunicazioni (se diverso dalla sede legale) in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita i.v.a. \_\_\_\_\_  
con domicilio per le comunicazioni (se diverso dalla sede legale) in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono: \_\_\_\_\_; cell. \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

in conformità alle disposizioni del D.P.R. n. 445/2000, incluso l'art. 47 comma 2 per quanto dichiarato riguardo alle altre persone diverse da se stesso e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e, altresì, consapevole della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere

<sup>1</sup> Indicare la propria qualità di titolare o legale rappresentante ovvero di institore o procuratore.

## COMUNICA

che la società/l'impresa/ente/istituzione esercita la seguente attività (breve descrizione dell'attività):

---

---

---

---

## DICHIARA

1. di accettare tutte le clausole contenute nell'avviso;
2. di assumere, in caso di accettazione della proposta, tutte le responsabilità e gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di sponsorizzazione;
3. che non sussiste alcuna delle cause di esclusione di cui al paragrafo "Sponsorizzazioni escluse" dell'avviso;
4. di accettare l'accostamento del proprio marchio a qualsiasi ulteriore marchio di altro sponsor/partner deciso dall'Amministrazione;
5. di essere consapevole che il Ministero della Salute potrà verificare quanto sopra dichiarato e, nel caso riscontri il mancato possesso dei suddetti requisiti alla data della dichiarazione, potrà ritirare immediatamente l'affidamento, senza che nulla possa essere preteso da parte del richiedente;

## OFFRE

la seguente Sponsorizzazione finanziaria che sarà erogata mediante accollo delle obbligazioni di pagamento dei corrispettivi dovuti dall'amministrazione

**Valore economico della sponsorizzazione finanziaria i.v.a. esclusa:**

€ \_\_\_\_\_ (in cifre) ( \_\_\_\_\_ ) in

**lettere)**

## PROPONE

(eventuale ai sensi del paragrafo "Impegni generali della sponsee") le seguenti modalità per la divulgazione e la pubblicità del proprio nome

---

---

---

DICHIARA, INFINE, DI ESSERE INFORMATO, ai sensi dell' art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, che i dati forniti saranno trattati nel rispetto delle disposizioni dettate dal D.Lgs. n. 196/2003, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo, data

Firma

Si allegano i seguenti documenti:

- *Curriculum sponsor;*
- *Descrizione e illustrazione grafica del marchio;*
- *Copia non autentica documento identità del dichiarante;*
- *(eventuale) proposta per la divulgazione e la pubblicità del proprio nome ai sensi del paragrafo "Impegni generali della sponsee"*