

Luogo e Data. _____

Spett.le ASL n. 7 Sulcis

Direttore U.O. Medicina Trasfusionale

Dott. Angelo Zuccarelli

**Oggetto: RELAZIONE QUADRIMESTRALE DELLE ATTIVITA' SVOLTE DAL _____
AL _____**

Convenzione con ASL n. 7 Sulcis per la partecipazione alla raccolta di sangue e di emocomponenti

Il sottoscritto _____ nato a _____
_____ il _____ Codice Fiscale _____
in qualità di _____ Associazione/Organizzazione
senza scopo di lucro denominata _____
con sede in _____ Via/Piazza _____ N. _____
Codice Fiscale _____

con la presente Relazione quadrimestrale finalizzata alla verifica e dell'utilizzo dei rimborsi corrisposti in virtù della Convenzione stipulata con codesta Azienda, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni anche di natura penale derivanti dal rilascio di dichiarazioni false o mendaci (art 76 DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

le seguenti attività svolte, sulla base dello specifico documento di programmazione e degli obiettivi concordati con il direttore dell' U.O. Medicina Trasfusionale, specificando le modalità di realizzazione e le risorse impegnate con riferimento a :

a) promozione del dono

b) sensibilizzazione, informazione ed educazione del donatore (esempio: materiale informativo)_____

c) gestione della chiamata programmata_____

d)modalità di utilizzo e gestione dei flussi informativi_____

La somma dei report mensili associati alle fatture con riferimento alla ASL 7 Sulcis è pari a _____

di cui unità di sangue raccolte n° _____

di cui unità di emocomponenti raccolte n.° _____

Per una spesa totale di € _____

Il Rappresentante Legale

Il sottoscritto, ai sensi e agli effetti del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016
autorizza al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione