



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE MEDICHE
E CHIRURGICHE

ALLEGATO 2 – MODULO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche e
Chirurgiche (DIMEC)

Alma Mater Studiorum -Università di Bologna
Via Massarenti 9 – 40126 Bologna

PEC: dimec.dipartimento@pec.unibo.it

CC: sam.enti-imprese@unibo.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

per la sponsorizzazione del progetto “SCOPRIRSI”

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

DELL'ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITA' DI BOLOGNA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

nella sua qualità di _____

dell'Impresa _____

con sede in (via, n. civico, CAP, città, prov.) _____

Numero di telefono _____ e indirizzo e-mail _____

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) _____

Codice Fiscale/P.IVA dell'Impresa _____

Codice Fiscale del Rappresentante Legale dell'Impresa _____



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE MEDICHE
E CHIRURGICHE

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (c.d. Testo unico della documentazione amministrativa), consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

MANIFESTA

- il proprio interesse alla sponsorizzazione in oggetto tramite un contributo economico pari a € _____ (_____/) per sostenere la produzione di opuscoli informativi cartacei volti alla sensibilizzazione, educazione e supporto dei pazienti affetti da malattie dermatologiche croniche, come meglio descritto nell'avviso pubblico e nell'Allegato 1.
- Il proprio interesse, nell'ambito della presente iniziativa, che il marchio/logo/denominazione dello Sponsor sia inserito negli opuscoli informativi cartacei;

E a tal fine

DICHIARA

- l'insussistenza delle cause di esclusione di cui agli art. 94-95 del D. Lgs. 36/2023 (c.d. Codice Appalti);
- l'impegno ad escludere in modo tassativo dai propri messaggi pubblicitari oggetto della presente proposta di sponsorizzazione qualsiasi elemento contenente: a) propaganda di natura politica, sindacale, filosofica o religiosa; b) pubblicità diretta collegata alla produzione o distribuzione di tabacco, alcolici e farmaceutici, materiale pornografico o a sfondo sessuale, armi e giochi d'azzardo; c) messaggi offensivi, incluse espressioni di fanatismo, razzismo, odio o minaccia di qualunque genere;
- di avere preso visione dell'avviso e della relativa documentazione e di accettarne pertanto tutti i contenuti ai fini della formale successiva stipula dell'accordo di collaborazione in caso di avvenuta individuazione quale sponsor, con particolare ma non esclusivo riferimento all'art. 8 "Sponsorizzazioni escluse";



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE MEDICHE
E CHIRURGICHE

- di impegnarsi ad assumere tutte le responsabilità e gli adempimenti inerenti e conseguenti il messaggio pubblicitario ed alle relative autorizzazioni;
- di non avere in atto controversie giudiziarie con l'Università di Bologna, comprese quelle per costituzione di parte civile in procedimenti penali;
- di non esercitare attività in situazioni di conflitto di interesse con l'attività pubblica;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nell'offerta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali dell'Università di Bologna (ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679).

ALLEGATI:

- Dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi dell'articolo 38, comma 2 e 46, 47, 76 e 77 bis del DPR n.445/2000 e sottoscritta dal legale rappresentante del soggetto proponente in ordine alla sussistenza di tutti i requisiti di ordine generale per contrarre con le Pubbliche Amministrazioni di cui all'articolo 80 del D. Lgs. 50/2016;
- Breve illustrazione dell'attività, della sua dimensione economica e delle politiche di marketing dello Sponsor;
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.
- Visura Camerale dell'Azienda.

ULTERIORI COMUNICAZIONI:



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE MEDICHE
E CHIRURGICHE

Data _____

Nome e Cognome del firmatario

(Legale rappresentante o procuratore dell'operatore economico)

Firmato digitalmente

(La manifestazione di interesse dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante o dal procuratore dell'operatore economico).