

**AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER DONAZIONE LIBERALE (ATTO DI MECENATISMO) PER IL FINANZIAMENTO DELLA CAMPAGNA REGIONALE DI SCREENING FINALIZZATA ALLA ERADICAZIONE DELL'EPATITE C**

L'Azienda sanitaria di Potenza individuata ai sensi della DGR 481/2019 quale capofila regionale del progetto di eradicazione intende ricercare "mecenati" disponibili a finanziare (mediante una erogazione liberale) le azioni previste dal progetto regionale per la eradicazione dell'epatite C, tramite la fornitura di Kit rapidi di primo livello da utilizzare nello screening di popolazione per individuare i casi di sospetta viremia da virus dell'epatite C e per la campagna informativa. Il Programma regionale ha una durata triennale.

**REQUISITI DEL MECENATE**

Il mecenate dovrà essere un ente/soggetto giuridico privo di finalità di lucro, o soggetti Privati in possesso dei requisiti dichiarati nell'allegato "A" a cui si rimanda.

**DEFINIZIONE DELL'ATTO DI MECENATISMO**

L'atto di mecenatismo consisterà nella donazione di denaro e/o di kit rapidi, come sopra definiti e/o di attività finalizzate alla campagna informativa e di sensibilizzazione della popolazione interessata, previa stipula di una specifica convenzione con l'Azienda Sanitaria di Potenza che opera anche per nome e per conto dell'Azienda Sanitaria di Matera comprovante la volontà di partecipare all'iniziativa e di voler contribuire al sostegno finanziario della stessa.

Si precisa che, a fronte della erogazione liberale, non corrisponde alcun corrispettivo, interesse o prestazione da parte dell'Azienda Sanitaria; in particolare, non è previsto alcun ritorno di natura pubblicitaria per il mecenate, se non un ringraziamento (se autorizzato dal mecenate) in presenza di eventuali eventi o nel momento della pubblicazione dei dati di screening per l'eradicazione dell'epatite C.

Il contributo dovrà essere reso disponibile entro .....

**PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

La manifestazione di interesse alla donazione liberale e la relativa dichiarazione:

- andrà compilata utilizzando il fac-simile allegato - allegato "A";

potrà essere presentata al PROTOCOLLO, presso li SENE ASP oppure tramite mail all'indirizzo di posta certificata

protocollo@pec.aspbasilicata.it

ENTRO IL GIORNO 26/09/20 ALLE ORE 12.00

DOTT. VITO CARRETTA

Il/la Responsabile del Procedimento è ....., Responsabile del .....

Gli interessati potranno acquisire le informazioni utili presso i servizi di EPATOLOGIA (tel. ....) 0972-39332

Il presente avviso è pubblicato all'albo pretorio, sul sito Internet del..... ASP e sul .....

data