****

**H**ealth **E**xtended **A**lliance for **I**nnovative **T**herapies, **A**dvanced **L**ab-research, and **I**ntegrated **A**pproaches of Precision Medicine (PE\_00000019)

**Bando a Cascata - Partenariato Esteso “Health Extended Alliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research, and Integrated Approaches of Precision Medicine” – HEAL ITALIA, (codice PE00000019) - CUP E83C22004670001 - PNRR – MISSIONE 4 COMPONENTE 2 “Dalla Ricerca all’Impresa” – Investimento 1.3, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationUE –, a valere sull’Avviso pubblico del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) n. 341 del 15.03.2022**

**MODELLO E**

***Dichiarazione di Impegno a costituire l’ATS/altro***

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Legale Rappresentante di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ avente sede legale a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo

in riferimento al Bando a Cascata - Partenariato Esteso “Health Extended Alliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research, and Integrated Approaches of Precision Medicine” – HEAL ITALIA, (codice PE00000019) dello Spoke 1

in riferimento al progetto presentato con Acronimo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in risposta al suddetto Bando

###### **SI IMPEGNA A**

1. far parte della costituenda ATS/altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare nome) entro i termini previsti dal Bando in qualità di:

Capofila;

Partner;

2. conferire a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare nome ente) i poteri per agire in qualità di Capofila Mandatario e rappresentante degli associati/altro nei confronti degli Enti finanziatori, negli esatti termini e con il contenuto di cui al Bando che, a tal fine, si intende qui integralmente richiamato.

###### **A TAL FINE DICHIARA**

di essere a conoscenza dei contenuti e delle modalità indicate nel Bando a Cascata dello Spoke 1 **- Partenariato Esteso “Health Extended Alliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research, and Integrated Approaches of Precision Medicine” – HEAL ITALIA, (codice PE00000019) dello Spoke 1**

La persona autorizzata ad intrattenere rapporti con lo Spoke 1 è:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nome*** | ***Cognome*** | ***n. Tel*** | ***n. Cell.*** | ***email*** |
|  |  |  |  |  |

*Attenzione: Il presente modulo deve essere firmato digitalmente con firma CAdES e in formato.p7m*