LETTERA SU CARTA INTESTATA DELL’ENTE SSR INDIRIZZATA A:

Direttore

Ufficio 4 - Programmazione ricerca e bandi per la ricerca finalizzata

[Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_1.jsp?lingua=italiano&menu=uffCentrali&label=uffCentrali&id=1154)

MINISTERO DELLA SALUTE

Viale Giorgio Ribotta, 5

00144 Roma

Dirigente

Servizio Programmazione dell'assistenza ospedaliera.

Accreditamento. Autorizzazioni sanitarie e sociosanitarie. Valutazione di qualità

Direzione Regionale: Salute, Welfare. Sviluppo Economico, Istruzione,

Università e Diritto allo Studio

REGIONE UMBRIA

Via Mario Angeloni, 61

06124 Perugia

Oggetto: **Bando RF 2019. Dichiarazione del Legale Rappresentante inerente il Progetto……………………. (codice progetto).**

Si trasmette la dichiarazione del Legale Rappresentante inerente il Progetto ………..(codice progetto) riguardo al rapporto di lavoro con lo scrivente del Principal Investigator, ……………………………. (Nome Cognome).

Distinti saluti

Il Legale Rappresentante

(documento firmato digitalmente)

|  |  |
| --- | --- |
| Ministero della Salute  *Direzione generale della ricerca e dell’innovazione in sanità*  **BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019** esercizio finanziario anni 2018/2019 | Project Title: |
| Project Code: | Institution: |
| REGIONE UMBRIA | Principal Investigator: |

**DICHIARAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE**

**Progetto *SG - sezione D***

Il sottoscritto *NOME e COGNOME del rappresentante legale*, in qualità di rappresentante legale di *NOME ENTE SSR*, acconsente, in caso di finanziamento nell’ambito del bando in oggetto, allo svolgimento presso *UO/SOD/laboratorio* di questoEnte del Servizio Sanitario Regionale del progetto di ricerca TITOLO DEL PROGETTO, di cui è Principal Investigator *NOME e COGNOME del proponente, (TITOLO PROFESSIONALE)* impegnandosi altresì a garantire il supporto scientifico e tecnico-amministrativo necessario alla sua realizzazione.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a stipulare nei confronti del Principal Investigator idonea borsa di studio secondo quanto previsto dal Bando e utilizzando i fondi ministeriali assegnati.

**Direttore/Responsabile U.O.**

(ove si svolgerà la ricerca)

(Firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rappresentante Legale**

(Firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_