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, Co-PI e/o ricercatore/i collaboratore/i ……………………………. (Nome/i Cognome/i).

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 *GR - sezione C***

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, QUALIFICA ATTUALE (SE APPLICABILE – altrimenti indicare il TITOLO PROFESSIONALE)* presso *NOME STRUTTURA di AFFERENZA* impegnandosi altresì a garantire il supporto scientifico e tecnico-amministrativo necessario alla sua realizzazione.

Qualora il Principal Investigator, Co-PI e/o ricercatore/i collaboratore/i NOME/I COGNOME/I non siano in possesso, alla data di scadenza per l’invio del progetto da parte del destinatario istituzionale al Ministero della Salute, di un rapporto di lavoro con *NOME ENTE SSR* in cui verrà svolta l’attività di ricerca, oppure nel caso in cui il rapporto di lavoro con *NOME ENTE SSR* termini entro i 36 mesi successivi alla data di scadenza per l’invio del progetto al Ministero della Salute da parte del Destinatario istituzionale, il sottoscritto si impegna a stipulare idoneo/i contratto/i di lavoro secondo quanto previsto dal progetto e utilizzando i fondi ministeriali assegnati.

**Direttore/Responsabile U.O.**

(ove si svolgerà la ricerca)

(Firma)

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

**Rappresentante Legale**

(Firma)

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