****

**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, a valere delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 4 “Istruzione e Ricerca” – 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*

**SPOKE N. 7 – Università Politecnica delle Marche**

**PREVENTION STRATEGIES – Integrated and gender medicine approaches for prevention strategies based on environmental, lifestyle and clinical biometric data**

**ALLEGATO 9**

**Dichiarazione di impegno alla costituzione in forma associata**

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 HEAL ITALIA” pubblicato dallo Spoke n. 7 con Decreto Rettorale n. 1323/2023 del 05/12/2023, a valere sul Programma Partenariato Esteso “Health Extended ALliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research, and Integrated Approaches of Precision Medicine - HEAL ITALIA, a valere delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 4 “Istruzione e Ricerca” – Componente 2 “Dalla Ricerca all'Impresa” – Investimento 1.3, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationUE, riferimento “Avviso pubblico del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) n. 341 del 15.03.2022”, sui fondi CUP I33C22006900006.

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

**SI IMPEGNA A**

1. far parte della costituenda (RTI/ATI/ATS/Accordo di partenariato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare nome) entro i termini previsti dal bando in qualità di:

☐Capofila;

☐Partner;

2. conferire a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare nome soggetto capofila) 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 HEAL ITALIA” pubblicato dallo Spoke n. 7, a valere sul Programma Partenariato Esteso “Health Extended ALliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research, and Integrated Approaches of Precision Medicine - HEAL ITALIA, a valere delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 4 “Istruzione e Ricerca” – Componente 2 “Dalla Ricerca all'Impresa” – Investimento 1.3, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationUE, riferimento “Avviso pubblico del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) n. 341 del 15.03.2022”.

La persona autorizzata ad intrattenere rapporti con lo Spoke è *(indicare nome del referente del capofila)*:

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

La persona autorizzata del partner \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(nome soggetto partner)* ad intrattenere rapporti con il suddetto capofila del progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicare acronimo)* è:

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

Il Legale Rappresentante

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