***DA STAMPARE SU CARTA INTESTATA DELL’ENTE***

**Dichiarazione sostitutiva dell’Atto di notorietà**

**(*Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Responsabile Scientifico:*

*Acronimo:*

*ID Progetto:*

*Ente Beneficiario:*

*Titolo Progetto:*

*Periodo di rendicontazione (da – a):*

*Codice Unico di Progetto (CUP):*

Il sottoscritto (*NOME E COGNOME*) nato a (*LUOGO E DATA)*, codice fiscale (*INSERIRE)*, in qualità di Legale Rappresentante di (*INSERIRE ENTE*) con sede in (*INSERIRE CITTA’ E INDIRIZZO*), consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, in relazione al progetto sopra indicato

**DICHIARA**

che tutte le spese oggetto di contributo, rendicontate alla Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB) ed effettuate nel periodo sopra indicato:

* sono state effettivamente sostenute, sono pertinenti al progetto e connesse alle azioni indicate nella proposta progettuale presentata alla Fondazione in occasione della pubblicazione del bando *“Unmet Medical Needs”*;
* che per le spese in oggetto non sono stati ottenuti altri contributi né pubblici né privati;
* che i dati contenuti nelle schede di rendicontazione sono uguali alle spese sostenute per la rendicontazione in oggetto i cui giustificativi fiscali originali verranno conservati per un periodo di 10 anni presso la sede dello scrivente soggetto Beneficiario.

In fede,

Luogo, data e timbro dell’ente

Il Legale Rappresentante

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

*Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.*