Spett.le

Fondazione Regionale

Per la Ricerca Biomedica

Via Taramelli, 12

20124 Milano

**ALLEGATO 1: DICHIARAZIONE DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA’ NON ECONOMICA O ECONOMICA MERAMENTE ANCILLARE AI SENSI DELLE NORME IN MATERIA DI AIUTI DI STATO**

Il sottoscritto , nato a il ,

residente a in qualità di legale rappresentante del soggetto beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in , via ,

C.F. n. , P. IVA

preso atto dei contenuti di cui alla Comunicazione della Commissione Europea n. 2014/C 198/01 avente ad oggetto “*Disciplina degli aiuti di Stato a favore di ricerca, sviluppo e innovazione*”

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000

che l’ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolge, con riferimento al progetto dal titolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Acronimo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui è Capofila/Partner *[barrare l’opzione che non interessa]* esclusivamente attività non-economiche o attività economiche meramente ancillari ai sensi dei paragrafi nn. 18, 19 e 20 del punto 2.1.1. della Comunicazione sopra citata.

Luogo e data,

FIRMA DIGITALE DEL

LEGALE RAPPRESENTANTE