Spett.le

Fondazione Regionale

Per la Ricerca Biomedica

Via Taramelli, 12

20124 Milano

**ALLEGATO 4: DICHIARAZIONE DI IMPEGNO**

**DA PARTE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO (*HOST INSTITUTION)***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_, e domiciliato/a per la carica in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_, nella sua qualità di Legale Rappresentante di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F./ P. IVA nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in relazione al progetto di ricerca dal titolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Acronimo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presentato dal Responsabile Scientifico [*nome e cognome*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (il “*Fellow*”) in risposta al Bando “*MSCA SEAL OF EXCELLENCE*” promosso dalla Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB)

**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, di impegnarsi, in qualità di Soggetto Beneficiario, nel caso in cui il progetto sia finanziato da FRRB, affinché il Fellow possa:

* attuare il progetto di ricerca in completa autonomia scientifica nel rispetto delle indicazioni ricevute dal proprio Supervisor scientifico, i cui dati sono contenuti nell’Allegato 3;
* avere accesso a strumenti, strutture, *facilities* e spazi adeguati (laboratorio, ufficio) per tutta la durata del progetto;
* beneficiare di assistenza scientifica e amministrativo-contabile da parte dei colleghi senior e dello staff qualificato di cui è dotato il Soggetto Beneficiario;
* godere di un adeguato trattamento economico, previdenziale e assicurativo fino alla conclusione del progetto.
* *(da compilare solo in caso la Host Institution sia un’Università o altro Organismo di ricerca*) realizzare il progetto di ricerca tramite una collaborazione già in atto o da attivare con il seguente ente del Sistema Sanitario Regionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il sottoscritto, preso atto dei contenuti di cui alla Comunicazione della Commissione Europea nr. 2014/C/198/01 dichiara, con riferimento al progetto presentato dal dott./dott.ssa [*nome e cognome del Fellow*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di svolgere attività non-economiche, o attività economiche meramente ancillari, ai sensi dei paragrafi da 18 a 20 di cui al punto 2.1.1. della Comunicazione sopra citata.

In caso di finanziamento da parte di FRRB, il Fellow lavorerà presso il Soggetto Beneficiario all’interno della seguente Struttura:

* [*indicare il nome della Divisione/Dipartimento/Unità che ospiterà il Fellow*].

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

FRRB si riserva la facoltà di effettuare delle *In situ visit* periodiche presso la sede del Soggetto Beneficiario al fine di verificare quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto dichiara inoltre che il Soggetto Beneficiario

possiede una sede operativa attiva in Lombardia

si impegna a costituire una sede operativa attiva in Lombardia prima dell’avvio del progetto.

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso esatta cognizione della natura e dei contenuti del Bando (e relativi allegati), e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione.

Si allega alla presente copia di un documento di identità del Legale Rappresentante e/o Procura speciale (*nel caso in cui la presente dichiarazione non sia sottoscritta dal Legale Rappresentante*).

Luogo e data,

*FIRMA DIGITALE*

*DEL LEGALE RAPPRESENTANTE*