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*