**FAC-SIMILE DICHIARAZIONE DA INVIARE ALLA REGIONE DEL VENETO**

**Dichiarazione per PRINCIPAL INVESTIGATOR / CoPI**

(carta intestata Azienda sanitaria)

Alla Regione del Veneto

Area Sanità e Sociale

UO Commissione salute e relazioni socio-sanitarie

[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Avviso pubblico per la presentazione e selezione di progetti di ricerca da finanziare nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6 - Componente C2 - Investimento 2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN finanziato dall’Unione europea – NextGenerationEU: *progetto*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ legale rappresentante dell’Azienda sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto nell’ambito dell’Avviso, allo svolgimento dello stesso presso l’Azienda impegnandosi a garantire il necessario supporto logistico-amministrativo per tutta la durata del progetto;

**-** certifica che il Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**󠆫** Principal Investigator (PI) del progetto;

**󠆫** CoPI del progetto

svolge l’attività lavorativa presso questa Azienda nella posizione di:

specificare tipologia del rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

qualifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

scadenza del rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con un impegno di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore/settimana

e non andrà in quiescenza entro la data del 23 novembre 2025.

***ATTENZIONE: il rapporto di lavoro del PI o CoPI non deve scadere entro la data del 23 novembre 2025 (nei 30 messi successivi alla data di presentazione della LOI al Ministero della Salute).***

Firma del Legale Rappresentante

(Firma digitale)