

**Titolo progetto:**

**Codice progetto:**

**Destinatario Istituzionale:**

**DATI DEL PRINCIPAL INVESTIGATOR E DEI RESPONSABILI DELLE UNITA' OPERATIVE**

**PRINCIPAL INVESTIGATOR**

Nome	Cognome	Data di nascita	Codice Fiscale

**RIFERIMENTI PROFESSIONALI**

Datore di Lavoro				
Sede Datore di lavoro				
Posizione presso Datore di Lavoro				
Istituzione SSN				
Posizione Contrattuale nel SSN				
Tipo Contratto nel SSN				
Indirizzo lavoro				
Sede di svolgimento del Progetto				
	Telefono	Fax	E-mail	Cellulare

**CO-PI**

Nome	Cognome	Data di nascita	Codice Fiscale

**RIFERIMENTI PROFESSIONALI**

Datore di Lavoro				
Sede Datore di lavoro				
Posizione presso Datore di Lavoro				
Istituzione SSN				
Posizione Contrattuale nel SSN				
Tipo Contratto nel SSN				
Indirizzo lavoro				
Sede di svolgimento del Progetto				
	Telefono	Fax	E-mail	Cellulare

 <i>Ministero della Salute</i> Direzione Generale della ricerca e dell'Innovazione in sanità <b>BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019 fondi          esercizio finanziario 2018-2019</b>	<b>Titolo progetto:</b>
<b>Codice progetto:</b>	<b>Destinatario Istituzionale:</b>

### SPERIMENTAZIONE ANIMALE

**Il progetto prevede sperimentazione animale? (SI/NO)**

(Se **SI** specificare)

Titolo Progetto Autorizzato Sperimentazione Animale	
Nominativo del responsabile sperimentazione animale	
Ente responsabile sperimentazione animale	
Data Decreto autorizzazione sperimentazione animale	
Numero autorizzazione sperimentazione animale	
Durata in mesi sperimentazione animale	
Tipo animali sperimentazione animale	
Numero animali sperimentazione animale	
Ulteriori Enti finanziatori del progetto di sperimentazione animale	
Numero identificativo univoco e data di richiesta autorizzazione alla Direzione generale competente del Ministero della salute	

Allegare al presente modulo il decreto autorizzativo alla sperimentazione animale, ovvero autodichiarazione di impegno a trasmettere l'atto finale di approvazione contestualmente alla comunicazione di inizio attività del progetto, pena decadenza del progetto dal finanziamento.

Nel caso in cui la denominazione del progetto sia diversa dal titolo del progetto da finanziare, si deve allegare autodichiarazione del responsabile del Benessere Animale attestante che l'autorizzazione presentata è valida per il progetto in questione.

Allegata autodichiarazione del responsabile del benessere animale sulla sperimentazione animale? (SI/NO)



*Ministero della Salute*

Direzione Generale della ricerca  
e dell'Innovazione in sanità

**BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019**  
fondi esercizio finanziario 2018-2019

**Titolo progetto:**

**Codice progetto:**

**Destinatario Istituzionale:**

COMITATO ETICO

**Il progetto di ricerca prevede il parere del Comitato Etico? (SI/NO)**

(Se **SI** specificare)

Titolo Progetto sottomesso al Comitato etico	
Comitato Etico di riferimento principale	
Data parere del Comitato Etico Principale	
Eventuale Comitato Etico Locale di riferimento	
Eventuale Data parere del Comitato Etico Locale di riferimento	
Parere Comitato Etico	Progetto approvato:  senza modifiche con modifiche
Nominativo del responsabile presentazione progetto al Comitato Etico	
Istituzione di Appartenenza del responsabile presentazione progetto al Comitato Etico	
Data ed estremi identificativi della richiesta al CE	

Allegare al presente modulo il parere del Comitato Etico, ovvero autodichiarazione di impegno a trasmettere l'atto finale di approvazione contestualmente alla comunicazione di inizio attività del progetto, pena decadenza del progetto dal finanziamento



*Ministero della Salute*

Direzione generale della ricerca  
e dell'innovazione in sanità  
**BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019 fondi  
esercizio finanziario 2018-2019**

Titolo progetto:

**Codice progetto:**

**Destinatario Istituzionale:**

UNITA' OPERATIVE

<b>U.O.1-Istituzione</b>			
Unità operativa			
Responsabile U.O. del progetto			
Datore di Lavoro			
Sede lavoro			
Posizione presso Datore di Lavoro			
Istituzione SSN			
Posizione Contrattuale nel SSN			
Tipo Contratto nel SSN			
U.O.C SSN dove sarà svolto il progetto			
Indirizzo lavoro			
Sede di svolgimento del Progetto			
Indirizzo lavoro			
	Telefono	Fax	E-mail

<b>U.O.2-Istituzione</b>			
Unità operativa			
Responsabile U.O. del progetto			
Datore di Lavoro			
Sede lavoro			
Posizione presso Datore di Lavoro			
Istituzione SSN			
Posizione Contrattuale nel SSN			
Tipo Contratto nel SSN			
Indirizzo lavoro			
Sede di svolgimento del Progetto			



*Ministero della Salute*

Direzione generale della ricerca  
e dell'innovazione in sanità  
**BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019 fondi  
esercizio finanziario 2018-2019**

Titolo progetto:

**Codice progetto:**

**Destinatario Istituzionale:**

Indirizzo lavoro			
	Telefono	Fax	E-mail

<b>U.O.3-Istituzione</b>			
Unità operativa			
Responsabile U.O. del progetto			
Datore di Lavoro			
Sede lavoro			
Posizione presso Datore di Lavoro			
Istituzione SSN			
Posizione Contrattuale nel SSN			
Tipo Contratto nel SSN			
Indirizzo lavoro			
Sede di svolgimento del Progetto			
Indirizzo lavoro			
	Telefono	Fax	E-mail



*Ministero della Salute*

Direzione generale della ricerca  
e dell'innovazione in sanità  
**BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019 fondi  
esercizio finanziario 2018-2019**

Titolo progetto:

**Codice progetto:**

**Destinatario Istituzionale:**

**DICHIARAZIONE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE  
SULLA POSIZIONE LAVORATIVA DEL PRINCIPAL INVESTIGATOR**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in ossequio agli adempimenti di cui al Bando Ricerca Finalizzata 2019, in qualità di Rappresentante legale del  
Destinatario Istituzionale \_\_\_\_\_ ai sensi degli artt. 12 e 12bis D.Lgs 502/92, dichiara sotto  
la propria responsabilità quanto segue :

- Il Principal Investigator (PI) del progetto sopra indicato è:
- Il PI svolge la propria attività lavorativa presso:

con la qualifica di:

- Il PI svolgerà il progetto presso la seguente struttura del SSN afferente a questo

Destinatario Istituzionale:

Unità operativa dove sarà svolta la ricerca:

Indirizzo dell'unità operativa:

Nel caso in cui il PI svolga la ricerca presso una struttura del SSN o di altro Destinatario Istituzionale, non facendo parte  
del personale di ruolo di detta struttura, specificare: la tipologia del contratto \_\_\_\_\_ regolativo  
del rapporto sottoscritto il \_\_\_\_\_ tra il Destinatario Istituzionale/Struttura SSN \_\_\_\_\_ e  
il/la \_\_\_\_\_ della durata di mesi:

La ricerca verrà svolta da P.I. con rapporto di esclusività.

Firma del rappresentante legale del destinatario istituzionale

**BUDGET SINTETICO – FINANZIAMENTO A CARICO DEL MOH**

<b>VOCI DI SPESA</b>	<b>RIPARTIZIONE FINANZIAMENTO</b>
<b>1. Personale a Contratto (Personell-Researcher Contracts)</b>	
<b>2. Attrezzature (Leasing-Affitto) (Equipment)</b>	
<b>3. Consumi (Consumables)</b>	
<b>4. Elaborazione Dati (IT Services and Data Bases)</b>	
<b>5. Pubblicazioni (Publication Costs)</b>	
<b>6. Convegni</b>	
<b>7. Missioni (Travels)</b>	
<b>8. Spese Generali (Overheads)</b>	
<b>9. Spese di Coordinamento (Coordination Costs)</b>	
<b>TOTALE</b>	



# Ministero della Salute

Direzione generale della ricerca  
e dell'innovazione in sanità  
**BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019 fondi  
esercizio finanziario 2018-2019**

Titolo progetto:

Codice progetto:

Destinatario Istituzionale:

## BUDGET ANALITICO TOTALE

COSTI	BUDGET TOTALE	COFINANZIAMENTI ENTI <sup>(1)</sup>	COSTI COMPLESSIVI A CARICO DEL MOH	U.O.1 COSTI A CARICO DEL MOH	U.O.2 COSTI A CARICO DEL MOH	U.O.3 COSTI A CARICO DEL MOH
1a. PERSONELL- Staff Salary			NOT PERMITTED	NOT PERMITTED	NOT PERMITTED	NOT PERMITTED
1b. PERSONELL - Researchers Contracts						
2. Equipment (Leasing-Rent)						
3a. CONSUMABLES- Supplies						
3b. CONSUMABLES Model Costs						
3c. CONSUMABLES Subcontracts						
3d. CONSUMABLES Patient costs						
4. IT Services and Data Bases						
5. Publication Costs						
6. Convegni <sup>(2)</sup>						
7. Travels <sup>(3)</sup>						
8. Overheads						
9. Coordination Costs <sup>(4)</sup>					NOT PERMITTED	NOT PERMITTED
<b>Total</b>						

Co-Funding Contributor/s <sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> Report the Co-Funding Contributor/s

<sup>2</sup> sono considerate eleggibili sui fondi ministeriali solo le spese di iscrizione a convegni, conformi a quanto indicato al punto 1.3 delle sezioni A, B, C del bando ricerca finalizzata 2019. Quanto specificato vale anche per i programmi di rete di cui alla sezione E.

<sup>3</sup> A tale voce vanno imputate le spese di viaggio e soggiorno sostenute dai ricercatori per la partecipazione a convegni. Tali spese saranno considerate eleggibili solo se, rispondenti ai requisiti di cui al punto 1.3 delle sezioni A, B, C del bando RF2019, ciò vale anche per i programmi di rete - sezione E.

<sup>4</sup> limitatamente all'U.O.1, a tale voce di costo devono essere ricondotte: le spese sostenute per l'organizzazione di eventuali convegni finalizzati alla diffusione della ricerca; le spese di viaggio effettuate dai ricercatori da e verso le diverse unità operative; le spese a supporto delle procedure amministrative.



*Ministero della Salute*

Direzione generale della ricerca  
e dell'innovazione in sanità  
**BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019 fondi  
esercizio finanziario 2018-2019**

Titolo progetto:

**Codice progetto:**

**Destinatario Istituzionale:**

**FINANZIAMENTO MOH – UTILIZZO - UO1- Istituzione**

1b. Researchers Contracts:  
Expertise:

2. Equipment (Leasing-Rent):

3a. Supplies:

3b. Model Costs:

3c. Subcontracts:

3d. Patient costs:

4. IT Services and Data Bases:

5. Publication Costs:

6. Convegni <sup>(2)</sup>:

7. Travels <sup>(3)</sup>:

8. Overheads:

9. Coordination Costs <sup>(4)</sup>:





*Ministero della Salute*

Direzione generale della ricerca  
e dell'innovazione in sanità  
**BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019 fondi  
esercizio finanziario 2018-2019**

Titolo progetto:

**Codice progetto:**

**Destinatario Istituzionale:**

**FINANZIAMENTO MOH – UTILIZZO – UO2- Istituzione:**

1b. Researchers Contracts:  
Expertise:

2. Equipment (Leasing-Rent):

3a. Supplies:

3b. Model Costs:

3c. Subcontracts:

3d. Patient costs:

4. IT Services and Data Bases:

5. Publication Costs:

6. Convegni <sup>(2)</sup>:

7. Travels<sup>(3)</sup>:

8. Overheads:

9. Coordination Costs<sup>(4)</sup>:

NON PERMITTED



*Ministero della Salute*

*Direzione generale della ricerca  
e dell'innovazione in sanità*

**BANDO RICERCA FINALIZZATA 2019 fondi  
esercizio finanziario 2018-2019**

Titolo progetto:

**Codice progetto:**

**Destinatario Istituzionale:**

**FINANZIAMENTO MOH – UTILIZZO – UO3 Istituzione:**

1b. Researchers Contracts:  
Expertise:

2. Equipment (Leasing-Rent):

3a. Supplies:

3b. Model Costs:

3c. Subcontracts:

3d. Patient costs:

4. IT Services and Data Bases:

5. Publication Costs:

6. Convegni<sup>(2)</sup>:

7. Travels<sup>(3)</sup>:

8. Overheads:

9. Coordination Costs<sup>(4)</sup>:

NON PERMITTED