**DA INVIARE entro il 5.05.2020**

## Ricerca su temi prioritari commissionata a gruppi di ricerca

CARTA INTESTATA DELL’AZIENDA SANITARIA

Al Direttore dell’Agenzia

Sanitaria e Sociale Regionale

Regionale

[asrdirgen@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:asrdirgen@postacert.regione.emilia-romagna.it)

**OGGETTO:** Bando FIN-RER Programma di rete completo *(indicare il titolo del programma)*

Con la presente:

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ legale rappresentante dell’Azienda sanitaria/IRCCS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**certifica** di avere verificato l’ipotesi progettuale e, in caso di ammissione al finanziamento della stessa si impegna a garantire il necessario supporto logistico ed organizzativo per lo svolgimento delle attività progettuali, affinché il ricercatore stesso possa condurre la ricerca per tutta la durata del programma;

**certifica**

• l’afferenza all’Azienda sanitaria/IRCCS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del responsabile di U.O./W.P. Prof./Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

partecipante al programma indicato;

• che il responsabile di U.O./W.P.:

è dipendente di tale Azienda sanitaria/IRCCS

svolge attività lavorativa per almeno 16 ore a settimana in posizione di personale universitario convenzionato

Firma digitale del Legale Rappresentante