****

**H**ealth **E**xtended **A**lliance for **I**nnovative **T**herapies, **A**dvanced **L**ab-research, and **I**ntegrated **A**pproaches of Precision Medicine (PE\_00000019)

Bando a Cascata PARTENARIATO ESTESO “Health Extended ALliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research, and Integrated Approaches of Precision Medicine “- HEAL ITALIA - Spoke 8 - Clinical Exploitation

Incarico per la sottoscrizione digitale e presentazione della domanda a valere sul programma HEAL ITALIA

PROCURA AI SENSI DELL’ART. 1392 C.C.

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​​  ​​​ Titolare​​ ​​  ​​ ​Legale rappresentante pro tempore​ ​​  ​​ ​Altro​ - specificare

​​della società denominata​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​con sede legale nel Comune di​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​Indirizzo:​\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​CAP​\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ​Città:​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ​Provincia​:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​Tel.:​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ​Cell. referente:​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​Email:​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​CF​\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​Indirizzo postale (se diverso da quello legale)​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​indirizzo PEC:​\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​Autorizzato:​  ​​ ​con procura dal competente organo deliberante della società​

​​dallo Statuto​

​​**DICHIARA DI CONFERIRE**

​​al Sig. (cognome e nome dell’intermediario)​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

​​in qualità di​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ​(denominazione intermediario)​

​​indirizzo PEC:​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ​(solo in caso di domiciliazione della pratica)​

​​​**PROCURA SPECIALE**

​per la sottoscrizione digitale e presentazione della domanda ai fini della partecipazione al:

​**Bando a Cascata emanato con Decreto Rettorale n. 2575 del 5/12/2023 sullo Spoke 8 “Clinical Exploitation” Partenariato Esteso “Health Extended ALliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research, and Integrated Approaches of Precision Medicine -HEAL ITALIA, a valere delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 4 “Istruzione e Ricerca” – Componente 2 “Dalla Ricerca all'Impresa” –Investimento 1.3, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationUE –, a valere sull’Avviso pubblico del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) n. 341 del 15.03.2022**

quale assolvimento di tutti gli adempimenti amministrativi previsti dal bando

​**Domicilio Speciale:** è eletto domicilio speciale, per tutti gli atti e le comunicazioni inerenti il procedimento amministrativo, presso l’indirizzo di posta elettronica del soggetto che provvede alla trasmissione telematica, a cui viene conferita la facoltà di eseguire eventuali rettifiche di errori formali inerenti la domanda.

​​**Nel caso in cui non si voglia domiciliare la pratica presso l’indirizzo di posta elettronica del soggetto che provvede alla trasmissione telematica occorre barrare la seguente casella** ​

​

Il presente modello va compilato, sottoscritto con firma autografa, acquisito tramite scansione in formato pdf ed allegato, con firma digitale, alla modulistica elettronica.

​​Al presente modello deve inoltre essere allegata copia informatica di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.

**​DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

​Colui che, in qualità di procuratore, sottoscrive con firma digitale la copia informatica del presente documento, consapevole delle responsabilità penali di cui all’articolo 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

​**DICHIARA ALTRESÌ**

​

* ​di rendere le precedenti dichiarazioni ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000 e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità ai sensi dell’art. 76 del citato DPR 445/2000.;
* di aver preso visione dell’allegata Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del GDPR 2016/679.

​ **​ACCONSENTE**

* ​ ​al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016, per le sole finalità del presente Bando.

​

​

​***È obbligatorio allegare fotocopia di un documento d’identità valido.***

​**Attenzione: Il presente modulo deve essere compilato a video e firmato con firma digitale forte (sono accettati file con estensioni p7m).**

**​Non sono accettati moduli stampati, successivamente scansionati e allegati.​**