**Allegato 3**

CALL FOR EXPRESSION OF INTEREST

PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI PRIVATI

FINALIZZATA ALLA DEFINIZIONE DELLA CANDIDATURA

PER LA PARTECIPAZIONE ALL’INIZIATIVA FIT FOR MEDICAL ROBOTICS

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

|  |
| --- |
| **1. DATI IDENTIFICATIVI SOGGETTO PARTNER** |
| Denominazione …………………………………………………………………………………………  Sede Legale Comune di ……………………………………………….. Prov. ………… CAP…….....  Via e n. civ.: ………………………………………………………………………................................  Tel. ………………………………………………… Fax…………………………………………………...  E\_mail…………………………………………… PEC ……………………………………………………  C.F. …………………………………………. Partita IVA ……………………………………………….  Iscrizione alla C.C.I.A.A. ....………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **2. DATI RELATIVI AL SOTTOSCRITTORE DELL’ISTANZA** |
| Cognome ………………………………………………………………………………………………..  Nome …………………………………………………………………………………………………….  Data di nascita ……./……./………. Provincia: …………………………………..  Comune o stato estero di nascita: ……………………………………………………………………  C.F. firmatario ……………………………………………………………………………………………..  In qualità di [[1]](#footnote-1)…………………………………………………………………………………………….... |

Il sottoscritto ……………………………., in qualità di legale rappresentante/procuratore dell’Ente/Organismo/Impresa ……………………………………………………………………………………………………………

**MANIFESTA**

Il proprio interesse a partecipare alla *Call for Expression of Interes*t pubblicata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche per la definizione del progetto da candidare per la per la partecipazione all’Iniziativa FIT FOR MEDICAL ROBOTICS nell’ambito *dell’Avviso per la Concessione di Finanziamenti Destinati ad Iniziative di Ricerca per Tecnologie e Percorsi Innovativi in Ambito Sanitario e Assistenziale (Avviso MUR n.931 del 06.06.2021)*.

A tal fine,

**DICHIARA**

- di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dei benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;

- di essere informato, ai sensi del Regolamento CE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

**DICHIARA, altresì,**

- che a suo carico non sono in corso procedure di interdizione e/o inabilitazione, fallimento o altra procedura concorsuale;

- di non aver riportato condanne penali, con sentenza passata in giudicato, che comportano la perdita o la sospensione della capacità di contrarre;

- di impegnarsi, in caso di accettazione della presente istanza, a partecipare alla costituzione dell’Iniziativa FIT FOR MEDICAL ROBOTICS sulla base delle indicazioni che saranno fornite dal Soggetto Proponente ai sensi del citato Avviso.

**DICHIARA**

- che Il referente da contattare è:

Cognome ……………………………………… Nome …………………………………………………

Tel. ………………... Cellulare …………………………… e-mail …………………………………...

A tal fine, allega:

1. Istanza EoI
2. Dichiarazione sostitutiva d’atto notorio relativa ai requisiti di accesso per le imprese (DSN Requisiti)
3. Dichiarazione riguardante le capacità tecnico-organizzative dell’Ente/impresa (DSAN capacità)

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante[[2]](#footnote-2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indicare l’ipotesi che ricorre: legale rappresentante, procuratore speciale, ecc. In caso di procuratore, allegare la procura [↑](#footnote-ref-1)
2. Unire copia fotostatica (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del/i sottoscrittore/i, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000. [↑](#footnote-ref-2)